

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
У ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Северин Вячеславович Гречаный

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, e-mail: svgrechany@mail.ru*

Реферат. Приведены сведения об общих подходах к лечению зависимости от психоактивных веществ у подростков. Сформулированы принципы терапии зависимости от них в связи с особенностями клинической картины и структуры заболеваемости. Представлены различные формы наркологической помощи подросткам в зависимости от тяжести заболевания и наличия сопутствующих психических расстройств. Описаны наиболее доказательно изученные методики оказания помощи подросткам: многомерная семейная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервью и др.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ у подростков, лечение употребления и зависимости от психоактивных веществ у подростков, многомерная семейная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервью.

TREATMENT OF SUBSTANCE DEPENDENCE
IN ADOLESCENTS: PROBLEMS AND MODERN
APPROACHES

Severin V. Grechanyi

St. Petersburg state pediatric medical university,
St. Petersburg, 194100, Litovskaya str., 2,
email: svgrechany@mail.ru

This review contains information on common approaches to the treatment of substance dependence in adolescents. Described the principles of treatment of substance dependence in adolescents in relation to clinical features and patterns of disease. Presented various forms of drug treatment adolescents due on the severity of the disease and the presence of comorbid psychiatric disorders. There were described the evidence-based methods in assisting adolescents: multidimensional family therapy, cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing.

Key words: substance dependence in adolescents, treatment of abuse and substance dependence among adolescents, multidimensional family therapy, cognitive-behavioral therapy, motivational interviewing.

Исследования, посвященные лечению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) у подростков, как в прошлые десятилетия [51, 52], так и в настоящее время [39, 44, 54] свидетельствуют, во-первых, о неизменно высокой актуальности этого вопроса на протяжении длительного времени в разных странах мира и, во-вторых, о существовании специфич-

ческих для подросткового возраста наркологических проблемах. В частности, значимой проблемой является относительно малое число подростков, проходящих ежегодно специализированное наркологическое лечение. Так, среди 1,6 миллиона пациентов в возрасте 12–17 лет, нуждавшихся в лечении по поводу зависимости от ПАВ в 2012 г. в США, только 157 тысяч из них получили необходимую помощь [44], что объясняется, помимо организационных проблем, низкой мотивацией подростков и их родителей к лечению [54], а также невысокой эффективностью терапии. Повторный рецидив в течение 12-месячного периода — распространенное явление, отмеченное в разных исследованиях при использовании различных методов лечения [46]. В то же время организация наркологической помощи и лечение зависимости от ПАВ у подростков необходимы в связи с тяжелыми последствиями этого явления, такими как проблемы с законом (например, продажа наркотиков), вождение в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, физическое, сексуальное и эмоциональное насилие [39, 54]. Употребление ПАВ в подростковом возрасте увеличивают риск последующего развития болезни зависимости. Большинство тех, кто начал использовать ПАВ до 18 лет, демонстрировали признаки зависимости в 20 лет [12]. Считается, что ПАВ оказывают более выраженное долгосрочное воздействие на когнитивные и эмоциональные процессы у подростков [5].

Особенности терапии зависимостей у подростков. Особенности терапии зависимости от ПАВ у подростков, в отличие от взрослых, определяются такими обстоятельствами, как структура употребляемых веществ, клиническая картина зависимости, мотивация к лечению и

потребность в нем [45]. По данным Американского национального института изучения злоупотребления ПАВ (NIDA), 65,5% пациентов 12-17 лет лечились в связи с употреблением марихуаны, а 42,9% – алкоголя. Для взрослых характерны другие соотношения (17,1% против 66,5%) [39]. В силу того, что у подростков реже наблюдается абстинентный синдром и его проявления не столь тягостны, как у взрослых, у них часто не сформировано чувство заболевания и представление о необходимости лечения [4]. Причины направления подростков на прохождение наркологического лечения более разнообразны, чем у взрослых: это сопутствующие расстройства поведения, нарушения закона, коморбидные психические расстройства и др. Решение начать лечение чаще принимается родителями или системой правосудия по делам несовершеннолетних [39].

Общие принципы терапии. Можно сформулировать несколько общих принципов терапии зависимостей от ПАВ у подростков [39, 54]. Во-первых, необходимо как можно более раннее начало лечения, даже в случае отсутствия отчетливо сформированного синдрома зависимости. Основанием для этого является предотвращение рискованного поведения, связанного с опасностью передозировок, заражением ВИЧ, гепатитами С и В. Решение о лечении должно приниматься с участием родителей при их последовательной и настойчивой позиции, терпении и выработанных навыках привлечения к терапии [31, 38]. Во-вторых, задачи лечения, как правило, более широкие, чем предотвращение употребления ПАВ [54]: это формирование просоциальных навыков, навыков отказа от употребления, противостояния провоцирующим ситуациям, давлению со стороны сверстников, замена наркотиков конструктивной деятельностью, развитие навыков общения и решения проблем улучшения межличностных отношений и др. Данные рекомендации носят универсальный характер и направлены на коррекцию личностно-адаптационных механизмов формирования зависимости от ПАВ. Обязательной является поддержка семьи. В-третьих, большинство лекарственных средств для лечения зависимости от ПАВ у взрослых в настоящее время не используются у подростков, так как данные об их эффективности и безопасности окончательно не собраны [44]. Однако, согласно стандартам лечения, фармакотерапия может использоваться для лечения сопутствующих психических расстройств, которые часто

предшествуют употреблению ПАВ или усугубляются под их влиянием [9]. К ним относятся депрессия, тревожное расстройство, СДВГ, оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройства поведения [7]. Лечение таких пациентов должно проводиться отдельно от лечения правонарушителей. Многие фармакологические средства, используемые для купирования сопутствующих психопатологических расстройств, положительно влияют также на отдельные симптомы зависимости [49].

Наркологическая помощь подросткам. Проблема специфичности организации наркологической помощи подросткам остро стояла на протяжении многих десятилетий. Первый центр для лечения несовершеннолетних наркозависимых открылся в 1952 г. в Riverside Hospital в Нью-Йорке, однако еще на протяжении 80-х годов большинство подростков проходили программы лечения, основанные на принципах лечения взрослых [54]. По данным Американского общества аддиктивной медицины (American Society of Addiction Medicine), существуют 5 разновидностей (уровней сложности) лечения [54]: 1) раннее вмешательство, которое включает образовательные программы или кратковременное вмешательство; 2) амбулаторное лечение (менее 6 часов в неделю), рекомендуемое для подростков с менее тяжелыми формами зависимости и благоприятным окружением, которое варьируется по типу и интенсивности и может быть оказано в индивидуальном или групповом формате (используются программы профилактики употребления ПАВ с опорой на сдерживающие факторы, поведенческие методики и семейное вмешательство [1]); 3) интенсивное амбулаторное лечение, которое подростки получают самостоятельно посещая клинику в дневное время (до 20 час/нед), проживая дома; 4) стационарно-домашнее лечение (стационар на дому, частичная госпитализация) для подростков с более тяжелыми формами употребления/зависимости от ПАВ, но которые еще поддаются влиянию со стороны близких; 5) стационарное лечение, применяемое у пациентов с тяжелыми формами зависимости, сопутствующими эмоциональными и поведенческими расстройствами.

Проблема мотивации к лечению у подростков. Мотивация к лечению, описываемая в таких понятиях, как осознанность, приверженность, выполнение норм и правил лечебного процесса или, наоборот, скептицизм и др., отра-

жающие разную степень заинтересованности в результатах, рассматривается как важнейший параметр успешности терапии [27]. В качестве самостоятельного показателя, влияющего на ход терапевтического процесса, рассматривают так называемую готовность к изменению. В рамках «транстеоретической» модели [40] готовность к изменению расценивается как неотъемлемая составляющая терапевтического процесса, этапов перемен. Оценка мотивации и готовности к изменениям, проводимая в рамках мотивационного интервью, входит в рекомендации национальных клинических протоколов как компонент первичной медицинской помощи и краткосрочная цель на пути к снижению потребления ПАВ [41].

Результаты исследования с помощью анкеты скрининга пристрастия к алкоголю «CAGE» показали, что на уровень употребления алкоголя в 6-месячном периоде влияют такие составляющие готовности к изменению, как уверенность в них и намерение воздержаться от употребления [53]. В другом исследовании также показано, что проблемное алкогольное употребление через 6 месяцев после первичного врачебного визита улучшают такие когнитивные аспекты поведения, как готовность к изменению, осознание их важности и уверенность в результатах лечения. Путем факторного анализа опросника «Шкала стадий готовности к изменениям и желания лечения» («The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)») установлено, что готовность к изменениям включает в себя 2 фактора – принятие мер и признание, которые показали хорошую внутреннюю согласованность и доказательно обоснованы. Исходные показатели этих шкал предсказывали отношение к употреблению алкоголя на 12-месячном временном промежутке. Дальнейшие исследования подтвердили справедливость выделения этих факторов [3]. Уточнено, что первый компонент измеряет степень восприятия проблем и тесно коррелирует с тяжестью алкогольных последствий и уровнем потребления алкоголя.

Для подростков характерна низкая «внутренняя» мотивация к изменению поведения вне зависимости от количества употребляемых ПАВ [4]. Они чаще обращаются за лечением под давлением членов семьи, соцработников, правоохранительных органов. Однако даже в этих условиях более предпочтительными являются недирективные методы работы, в отличие от прямого конфронтационного стиля [42]. Исследования

с помощью методики «Алгоритм изменений» (staging «algorithm»), по которой классифицируют пациента в зависимости от стадии изменения – предварительное размышление (precontemplation), созерцание (contemplation), подготовки (preparation), действия (action) или сохранение изменений (maintenance) показали, что подростки чаще всего находятся в стадии предварительного размышления [6]. В целом установлено, что закономерности формирования мотивационной составляющей лечения у подростков отличаются от таковой у взрослых [10].

Проблема принудительного лечения правонарушителей и преступников, употребляющих ПАВ, известна в литературе под названием лечения, назначаемого по решению суда (Drug Treatment Courts, DTC) [19]. Однако даже такая терапия оказывается действенной только в случае готовности пациента к лечению [50]. Показано, что участие пациентов в программах лечения наркозависимости в тюрьмах наряду с мотивацией к изменению собственной жизни снижает вероятность обострения болезни [14] и косвенно уменьшает число рецидивов преступлений [16, 30]. Способы повышения мотивации несовершеннолетних правонарушителей к лечению в настоящее время совершенствуются [18].

Методики терапии. В разных работах подчеркивается преимущество тех или иных методик терапии ПАВ и сопутствующих поведенческих проблем у подростков. Так, одним из наиболее изученных подходов традиционно называлась семейная терапия [37]. В числе методик, благоприятствующих лечебному эффекту, называются многомерная семейная терапия (Multidimensional Family Therapy – MDFT), функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy – FFT), когнитивно-поведенческая терапия (Cognitive-Behavioral Therapy – CBT), хотя эффективность и равноценность других методик также признается [11, 48]. К наиболее изученным методикам причисляются [54] когнитивно-поведенческая терапия, краткосрочное вмешательство/мотивационное интервью (brief intervention/motivational interviewing, BI/MI) и подход, предполагающий управление непредвиденными ситуациями с помощью поддержки окружения (contingency management with community reinforcement approach, «contingency management» *часто переводится как ваучерная система поддержки*).

Исследования эффективности лечения употребления ПАВ у подростков, основанные на прин-

ципах доказательной медицины, ведутся относительно недавно. Согласно проведенному мета-анализу [45], из 45 исследований, которые отвечают критериям доказательности, примерно 63% были выполнены после 2000 г. Наилучшие результаты в отношении количества снижения употребления ПАВ показали семейная терапия и ее различные сочетания. Оценить эффективность методик оказалось сложно, так как не все они сравнивались между собой в этих исследованиях.

Многомерная семейная психотерапия (МСТ) – метод, разработанный для лечения и профилактики употребления ПАВ с помощью которого рассматривают аддиктивное поведение с позиции различных влияний (члены семьи, ровесники, макросоциум) [35]. Задачи лечения включают изменение образа жизни подростка, развитие позитивного общения со сверстниками и просоциальных навыков, улучшение школьных связей и успеваемости, повышение самостоятельности, налаживание эмоциональных связей между подростками и родителями. Работа с родителями преследует цель скорректировать их воспитательную позицию, содействовать улучшению родительских функций и обязательств, совершенствовать повседневную коммуникацию с детьми, скорректировать представления о способах воздействия на них [23]. В серии рандомизированных клинических исследований МСТ продемонстрировала эффективность в отношении снижения злоупотребления ПАВ и преступности у подростков, улучшения функционирования семьи [36]. При сравнении МСТ с когнитивно-поведенческой терапией было выявлено положительное влияние обеих методик на употребление каннабиса и алкоголя, однако МСТ показала преимущественную эффективность в случае выраженной тяжести употребления ПАВ [25]. МСТ является специфичным для раннего пубертатного возраста, демонстрирующим преимущество по сравнению с другими разновидностями групповой терапии [17]. Есть данные об эффективности методики у подростков-правонарушителей, содержащихся под арестом [25]. Кроме того, методика МСТ послужила моделью профилактики поведения высокого риска в отношении ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, направления работы, которое ранее предполагало только индивидуальный уровень воздействия без учета семейного фактора [28].

Использование когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) базируется на положении, что процессы обучения играют ключевую роль в развитии проблемного поведения и употребления ПАВ. КПТ вобрала в себя ряд стратегий вмешательства классического, оперантного и социального обучения. Теоретической основой для применения КПТ послужило исследование стимулов, побуждающих к употреблению ПАВ, что позволило сформулировать принципы вмешательства по предвидению и избеганию ситуаций высокой степени риска [33]. Методика включает в себя использование таких приемов, как самоконтроль, подкрепление альтернативного поведения, навыки преодоления, общения и разрешения проблем [47]. Формируются также умения управлять эмоциями (например, обучение релаксации, управление гневом), что положительно влияет на профилактику рецидивов. Цели вмешательства широко варьируются в зависимости от возраста и уровня развития подростка [46].

Исследование эффективности КПТ в сравнении с другими методиками показало в целом схожие положительные результаты по части значимого снижения уровня потребления наркотиков через 6 и 12 месяцев после начала лечения. В то же время эффекты от КПТ наступали не столь быстро, как в случае с семейной терапией [23]. КПТ продемонстрировала большую эффективность в сравнении с психообразовательными методиками, особенно в группе старших юношей-подростков. Однако не было показано ее преимущества в долгосрочной перспективе из-за увеличения числа рецидивов через 9 месяцев после начала терапии [20]. Исследование сравнительной эффективности индивидуальной и групповой КПТ выявило их одинаковую успешность в отношении количества употребляемых ПАВ [47], что опровергло ранее устойчивое мнение об отрицательной роли групповых занятиях у подростков.

КПТ эффективно работает в различных комбинациях с мотивационным интервью по части сокращения использования каннабиса и отрицательных последствий его употребления [13]. Однако, как и в других исследованиях, посвященных оценке результатов лечения у подростков [20], главной проблемой был повторный рецидив в 12-месячном периоде наблюдений [46].

Мотивационное интервью (МИ) используется с середины 80-х гг. как подход к пациентам с двойственным отношением к лечению [32]. Основные принципы методики формулируются

как обратная связь, совет, выбор, сопереживание, самооценка. Ряд особенностей методики обусловили ее предпочтительное использование в пубертатном возрасте. В ходе интервью терапевт подводит пациента к самостоятельной мысли о необходимости изменения поведения, включая употребление ПАВ. Общение терапевта и пациента происходит в режиме партнерства, уважающего свободный выбор пациента, поощряющего ответственность за свое здоровье и усилия по его сохранению. В ходе работы пациент проходит несколько стадий изменений, таких как предварительное размышление, мысли об изменении, намерения к действиям, действия, направленные на изменения и сохранение изменений. В случае сопротивления пациента терапевт воздерживается от коррекции его позиции и конфронтации с ним [2]. Методика продемонстрировала доказательную эффективность в отношении употребления каннабиса у подростков [15]. Также отмечено общее снижение количества потребляемых ПАВ у подростков под влиянием МИ в течение 3-месячного периода наблюдений [29].

Методика «Управление непредвиденными ситуациями с помощью поддержки окружения» относится к терапевтическим стратегиям, базирующимся на оперантных моделях обучения. Ее применение основано на положении, что физиологическое «подкрепляющее» действие ПАВ может снижаться в результате влияния альтернативных источников подкрепления. Таким образом, смысл методики заключается в использовании вознаграждения (или, реже, наказания) за соблюдение или несоблюдение лечебного режима. Пациенту предоставляются такие «вознаграждающие» стимулы, как призы, денежные чеки на продукты питания, кино, товары взамен воздержания от употребления ПАВ [39]. Возможно использование методики в домашних условиях под присмотром родителей [21]. Для антитабачного лечения используется веб-модификация [43]. Имеются данные о влиянии методики «Управление непредвиденными ситуациями с помощью поддержки окружения» на снижение количества использования ПАВ подростками [8].

Среди групповых методов работы следует выделить программу «12 шагов» и модель «Терапевтическое сообщество» (ТС): «12 шагов» – это ТС, другое дело, что не каждое ТС основано на идеологии «12 шагов». Участие пациента в программе «12 шагов» базируется на его признании бессилия перед болезнью и невозможности справиться с

проблемой в одиночку. Упрощение программы «12 шагов» применительно к подросткам может способствовать повышению уровня амбулаторной посещаемости [22]. Модель ТС основывается на принципах самопомощи [34]. Этот вариант лечения базируется на участии сообщества, что является главным залогом перемен. Подчеркивается роль взаимной поддержки и ценностей здорового образа жизни. Для подростков ТС, как правило, заключается в длительных программах лечения, которые реализуют целый ряд лечебных методик, в том числе индивидуальные консультации, семейную терапию, техники «12 шагов», развитие жизненных навыков и др. Используется комбинация методов, таких как ресоциализация подростка с поручительством за него всех членов сообщества, которое в данном случае выступает в качестве активного участника лечебного процесса. Лечение направлено на усиление личной и социальной ответственности за собственное поведение и укрепление совладающих навыков. Программы предполагают широкое участие семьи. Используются также краткосрочные программы [34].

Таким образом, на основании представленных источников можно прийти к следующим выводам. Проблема малой обращаемости подростков за наркологическим лечением и невысокая его успешность – явления закономерные и опосредованные низкой мотивационной составляющей, в которых отражаются как закономерности клиники подростковой зависимости от ПАВ, так и, отчасти, возрастные особенности психики подростков. Различные формы организации подростковой наркологической помощи в качестве обязательного компонента, должны иметь целью повышение мотивации к терапии. Привлечение подростков к лечению – задача достаточно трудная, требует терпения, настойчивости и согласованного участия лиц, окружающих подростка. Однако задача эта по возможности должна быть реализована исходя из значительного ущерба для психики и организма подростковой алкогольной и наркотической зависимости. Существующие методики лечения зависимости от ПАВ у подростков носят универсальный характер, направлены на коррекцию личностно-психологических основ отклоняющегося поведения, лежащего в основе аддиктивной патологии. Для лечения сопутствующих употреблению ПАВ психических расстройств у подростков может быть использована психофармакотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Balsa A.I., Homer J.F., French M.T. et al. Substance use, education, employment, and criminal activity outcomes of adolescents in outpatient chemical dependency programs // *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2009. Vol. 36(1). P. 75–95.
2. Barnett E., Sussman S., Smith C. et al. Motivational Interviewing for adolescent substance use: a review of the literature // *Addictive Behaviors*. 2012. Vol. 37(12). P. 1325–1334.
3. Bertholet N., Dukes K., Horton N.J. et al. Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients // *Addict. Behav.* 2009. Vol. 34(6-7). P. 568–572.
4. Breda C., Heflinger C.A. Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004. Vol. 30(2). P. 251–267.
5. Brown S.A., Tapert S.F., Granholm E., Delis D.C. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000. Vol. 24(2). P. 164–171.
6. Callaghan R.C., Hathaway A., Cunningham J.A. et al. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the transtheoretical model // *Addictive Behaviors*. 2005. Vol. 30(9). P. 1834–1847.
7. Chan Y.F., Dennis M.L., Funk R.R. Prevalence and comorbidity co-occurrence of major internalizing and externalizing disorders among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008. Vol. 34. P. 14–24.
8. Corby E.A., Roll J.M., Ledgerwood D.M., Schuster C.R. Contingency management interventions for treating the substance abuse of adolescents: A feasibility study // *Experimental Clinical Psychopharmacology*. 2000. № 8. P. 371–376.
9. Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities // *J. Clin. Psychiatry*. 2006. Vol. 67(7). P. 18–23.
10. Deas D., Riggs P., Langenbucher J. et al. Adolescents are not adults: Developmental considerations in alcohol users // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000. Vol. 24(2). P. 232–237.
11. Deas D., Thomas S.E. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment // *The American Journal on Addictions*. 2001. Vol. 10. P. 179–189.
12. Dennis M., Babor T.F., Roebuck C. et al. Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders // *Addiction*. 2002. Vol. 97(1). P. 4–15.
13. Dennis M.L., Titus J.C., Diamond G. et al. The CYT Steering Committee. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plans // *Addiction*. 2002. Vol. 97 (1). P. 16–34.
14. Gideon L. Drug Offenders' Perceptions of Motivation. The Role of Motivation in Rehabilitation and Reintegration // *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* 2010. Vol. 54(4). P. 597–610.
15. Fischer B., Dawe M., McGuire F. et al. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada // *J. Subst. Abuse Treat.* 2013. Vol. 44(1). P. 132–138.
16. Gottfredson D.C., Kearley B.W., Najaka S.S., Rocha C.M. How Drug Treatment Courts Work An Analysis of Mediators // *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2007. Vol. 44(1). P. 3–35.
17. Henderson C.E., Rowe C.L., Dakof G.A. et al. Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy // *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2009. Vol. 35(4). P. 220–226.
18. Henggeler S.W., McCart M.R., Cunningham Ph.B., Chapman J.E. Enhancing the effectiveness of juvenile drug courts by integrating evidence-based practices // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012. Vol. 80(2). P. 264–275.
19. Hepburn J.R. The Effect of the Threat of Legal Sanction on Program Retention and Completion: Is That Why They Stay in Drug Court? // *Crime & Delinquency*. 2007. Vol. 53(2). P. 255–280.
20. Kaminer Y., Burleson J.A., Goldberger R. Psychotherapies for adolescent substance abusers: Short- and long-term outcomes // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002. Vol. 190. P. 737–745.
21. Kaminer Y., Spirito A., Lewander W. Brief motivational interventions, cognitive-behavioral therapy, and contingency management for youth substance use disorders. In: Kaminer Y., Winters K., editors. *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment*. Arlington: American Psychiatric, 2011. P. 213–238.
22. Kelly J.F., Urbanoski K. Youth recovery contexts: The incremental effects of 12-step attendance and involvement on adolescent outpatient outcomes // *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 2012. Vol. 36(7). P. 1219–1229.
23. Liddle H.A. Treating adolescent substance abuse using Multidimensional Family Therapy. In: J. Weisz and A. Kazdin (eds.). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd ed.). 2010, New York: Guilford Press. P. 416–432.
24. Liddle H.A., Dakof G.A., Henderson C., Rowe C. Implementation Outcomes of Multidimensional Family Therapy – Detention to Community (DTC) – A Reintegration Program for Drug - Using Juvenile Detainees // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2011. Vol. 55 (4). P. 587–604.
25. Liddle H.A., Dakof G.A., Turner R.M. et al. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy // *Addiction*. 2008. Vol. 103(10). P. 1660–1670.
26. Liddle H.A., Rowe C.L., Gonzalez A. et al. Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting // *American Journal on Addictions*. 2006. Vol. 15(1). P. 102–112.
27. Longshore D., Teruya C. Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis // *Drug and Alcohol Dependence*. 2006. Vol. 81. P. 179–188.
28. Marvel F., Rowe C.L., Colon-Perez L. et al. Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders // *Family Process*. 2009. 48(1). P. 69–84.
29. McCambridge J., Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial // *Addict Abingdon Engl.* 2004. Vol. 99(1). P. 39–52.
30. McMurrin M., Ward T. Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change // *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2010. Vol. 20. P. 75–85.
31. Miller N.S., Flaherty J.A. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): A review of the clinical research // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000. Vol. 18(1). P. 9–16.

32. Miller W.R. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles // *Addict Behav.* 1996. Vol. 21(6). P. 835–842.
33. Monti P.M., Rohsenow D.J., Colby S.M., Abrams D.B. Coping and social skills training. In: Miller W.R., Hester R.K., editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2nd ed. 1995, New York: Allyn & Bacon. P. 221–241.
34. Morral A.R., McCaffery D.F., Ridgeway G. Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youth entering Phoenix Academy or alternative probation dispositions // *Psychol. Addict. Behav.* 2004. Vol. 18. P. 257–268.
35. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse Offers Broad, Lasting Benefits // <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2010/12/multidimensional-family-therapy-adolescent-drug-abuse-offers-broad-lasting-benefits> (дата обращения 01.03.2014 г.)
36. National Registry of Evidence-Based Programs and Practice (NREPP). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Association; 2009 [Accessed on March 18, 2009]. Available at: www.nrepp.samhsa.gov
37. Ozechowski T.J., Liddle H.A. Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000. 3(4). P. 269–298.
38. Prendergast M.L., Greenwell L., Farabee D., Hser Y. Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders // *Journal of Behavior Health Services & Research*. 2009. Vol. 36. P. 159–176.
39. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide // <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/introduction> (дата обращения 19.02.2014 г.).
40. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. // *Am. Psychol.* 1992. Vol. 47(9). P. 1102–1114.
41. Samet J.H., Rollnick S., Barnes H. Beyond CAGE. A brief clinical approach after detection of substance abuse // *Arch. Intern. Med.* 1996. Vol. 156(20). P. 2287–2293.
42. Simkin D.R. Adolescent substance use disorders and comorbidity // *Pediatr Clin. North. Am.* 2002. Vol. 49(2). P. 463–477.
43. Stanger C., Budney A.J. Contingency management approaches for adolescent substance use disorders // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 19(3). P. 547–562.
44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. P. 5–7, 86–87.
45. Tanner-Smith E.E., Wilson S.J., Lipsey M.W. The Comparative Effectiveness of Outpatient Treatment for Adolescent Substance Abuse: A Meta-Analysis // *Subst. Abuse Treat.* 2013. Vol. 44(2). P. 145–158.
46. Waldron H.B., Kaminer Y. On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse // *Addiction*. 2004. Vol. 99. P. 93–105.
47. Waldron H.B., Slesnick N., Brody J.L. et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001. Vol. 69(5). P. 802–813.
48. Waldron H.B., Turner C.W. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008. Vol. 37(1). P. 238–261.
49. Waxmonsky J.G., Wilens T.E. Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: A review of the literature // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2005. Vol. 15(5). P. 810–825.
50. Whiteacre K. W. Strange Bedfellows. The Tensions of Coerced Treatment // *Criminal Justice Policy Review*. 2007. Vol. 18 (3). P. 260–273.
51. Weinberg N.Z., Rahdert E., Collier J.D., Glantz M.D. Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998. Vol. 37. P. 252–261.
52. Williams R.J., Chang S.Y. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000. № 7. P. 138–166.
53. Williams E.C., Horton N.J., Samet J.H., Saitz R. Do brief measures of readiness to change predict alcohol consumption and consequences in primary care patients with unhealthy alcohol use? // *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2007. Vol. 31(3). P. 428–435.
54. Winters K.C., Botzet A.M., Fahnhorst T. Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment // *Current psychiatry reports*. 2011. Vol. 13(5). P. 416–421.

Поступила 14.03.14.