

Содержание

Предисловие	17
Новое в этом издании	18
Обзор	19
Благодарности	21
Авторы	21
Позвольте представить: редакторы	21
Знакомьтесь: авторы	23
От издательства	40
Часть I. Введение в консультирование по вопросам зависимостей	41
Глава 1. История и этиологические модели зависимости	43
Подходы к профилактике зависимостей в США	44
Нынешняя политика, влияющая на профилактику	50
Этиологические модели зависимости	53
Моральные модели	53
Психологические модели	55
Семейные модели	58
Модель болезни	59
Модель социальной болезни	61
Модель зависимости: развития	62
Биологические модели	62
Социокультурные модели	64
Мультикаузальные модели	66
Итоги и заключительные замечания	68
Полезные ресурсы	69
Литература и источники	71
Глава 2. Субстанциональные зависимости	79
Аддиктивные вещества	80
Депрессанты	81
Опиоиды	96
Стимуляторы	100
Каннабиноиды	107
Нейробиология и физиология зависимости	110
Нейробиологические составляющие зависимости:	
концепция системы вознаграждения	111
Физиологические аспекты зависимости	118
Итоги и заключительные замечания	120
Полезные ресурсы	120
Литература и источники	121

Глава 3. Процессуальные зависимости	129
Игровая зависимость (лудомания)	132
Технологическая зависимость	136
Интернет-игровое расстройство	138
Сексуальная зависимость	139
Зависимость от работы (трудоголизм)	143
Компульсивные покупки	150
Пищевая зависимость и расстройства пищевого поведения	152
Итоги и заключительные замечания	155
Полезные ресурсы	155
Литература и источники	156
Глава 4. Профессиональные аспекты консультирования по зависимостям	161
Профессиональный аспект консультирования по зависимостям	161
Коморбидность	162
Аккредитация	178
Вопросы лечения и проведения исследований	184
Управляемое медицинское обслуживание, финансирование лечения и выплата компенсаций	185
Оценка результатов и эффективность лечения	186
Будущие тенденции	188
Позитивная психология	188
Единство среди групп самопомощи	189
Реорганизация	189
Итоги и заключительные замечания	189
Полезные ресурсы	190
Литература и источники	191
Глава 5. Введение в оценивание	199
Философские основы консультирования по зависимостям	201
Надежда на успех	202
Подход, основанный на сильных сторонах	203
Целостный подход к личности	204
Мотивация клиента	206
Сотрудничество между клиентом и консультантом	207
Мультидисциплинарный подход	207
Защита интересов клиента	208
Роль специалиста, проводящего оценивание	208
Важные моменты при проведении оценивания	209
Защита благополучия клиента и информации о нем	209
Компетентность при использовании оценочного инструментария	210
Признание уникальности и разнообразия	210
Поддержание живой эмпатической связи	211

Использование различных методов	212
Непрерывное оценивание и его отношение к этапу лечения	212
Применение навыков с информированием об оценочных процедурах и полученных результатах	213
Процесс оценивания зависимостей	214
Скрининг	216
Кризисная интервенция	217
Операционализация оценочных интервью	217
Структурированное, полуструктурированное и неструктурированное интервью	217
Оценочные измерения в зависимости от уровня предоставляемой помощи	219
Сбор базовой и контекстуальной информации	221
Поведение и функционирование клиента	223
Специфическая терапевтическая информация, получаемая по ходу оценивания	229
Готовность к изменениям	229
Этапы теории изменений	231
Предшествующее лечение зависимости	233
Другая базовая информация	233
Семейные системы и отношения со сверстниками	233
Итоги и заключительные замечания	238
Полезные ресурсы	238
Литература и источники	239
Глава 6. Оценивание и диагностика зависимостей	247
Для чего необходимо стандартизированное оценивание	250
Принципы конструирования оценочного инструментария	252
Скрининг, оценивание и диагноз	253
Скрининг и оценивание субстанциональных зависимостей	253
Чувствительность и специфичность	254
Надежность и валидность	255
Затратность	255
Диагноз	256
Самостоятельный скрининговый инструментарий	258
Шкала скрининга алкогольной зависимости (SASSI-3)	258
Мичиганский тест на алкоголизм (MAST)	261
Скрининг-тест на диагностику алкогольной зависимости (CAGE)	263
Тест на определение зависимости от алкоголя (AUDIT)	264
Тест на употребление алкоголя (AUI)	265
Шкалы субстанциональной зависимости, входящие в состав личностных опросников	266
Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI-2)	267

Опросник личностной оценки (PAI)	271
Клинический многоосевой опросник Миллона (MCMI-III)	273
Комплексное оценивание употребления психоактивных веществ	275
Индекс тяжести зависимости (ASI)	275
Инструментарий для выявления употребления алкоголя во время беременности	277
T-ACE	278
TWEAK	279
Итоги и заключительные замечания	283
Полезные ресурсы	283
Литература и источники	284

Часть II. Лечение зависимостей 293

Глава 7. Мотивационное интервью 295

Обзор мотивационного интервью	295
Этапы модели изменений	296
Изменение и сопротивление	302
Изменения	302
Сопротивление	302
Мотивационное интервью: помощь клиентам в достижении изменений	303
Основные принципы мотивационного интервью	305
Техники мотивационного интервью в начале процесса изменений	306
Пять техник, применяющихся на ранних этапах и далее	306
Роль сопротивления в процессе изменений	312
Многообразие форм сопротивления	312
Снижение сопротивления	313
Направляя процесс изменений: дополнительные техники мотивационного интервью	317
Усиление уверенности	317
Усиление приверженности	318
Преимущества и недостатки мотивационного интервью	319
Итоги и заключительные замечания	320
Полезные ресурсы	321
Литература и источники	322

Глава 8. Психотерапевтические подходы 325

Убеждения и поведение консультанта	325
Эмпирически обоснованные терапевтические подходы	327
Поведенческие и когнитивно-поведенческие предположения и практики	330
Функциональный анализ	332
Когнитивно-поведенческие интервенции, нацеленные на триггеры	333
Ситуационное управление и сдерживание поведения	336

Подход подкрепления сообществом	337
Предотвращение рецидива на основе осознанности	339
Краткосрочные интервенции	341
Ориентированное на решение консультирование	343
Обнадеживающие данные исследований	344
Интеграция ориентированного на решение подхода	347
Ориентированные на решение допущения и практики, применяемые при консультировании по зависимостей	349
Снижение вреда	356
Итоги и заключительные замечания	360
Полезные ресурсы	361
Литература и источники	361
Глава 9. Лечение коморбидных расстройств	369
История адаптации систем психического здоровья к потребностям клиентов с множественными расстройствами	370
Распространенность коморбидности	371
Оценивание	376
Культурные аспекты оценивания	379
Потребности в лечении и предоставляемом уходе	382
Терапевтические модели коморбидности	385
Модель болезни	386
Альтернативные модели	388
Другие терапевтические проблемы	390
Междисциплинарная терапевтическая команда	391
Краткое описание процесса консультации, приводящего к терапевтическому планированию	393
Итоги и заключительные замечания	404
Полезные ресурсы	405
Литература и источники	407
Глава 10. Групповая терапия зависимостей	409
Теоретическое обоснование групповой работы	409
Групповое лечение зависимостей	410
Виды групп	412
Психообразовательные группы	412
Психотерапевтические группы	414
Группы самопомощи	417
Этические и правовые аспекты групповой работы	419
Компетентность ведущего	419
Скрининг участников	421
Информированное согласие	421
Конфиденциальность	422
Добровольное или принудительное участие	423
Групповой конфликт	424

Управление разнообразием в групповых условиях	425
Этническая принадлежность	425
Пол	426
Сексуальная ориентация	428
Тип зависимости	429
Групповое консультирование членов семьи аддикта	430
Клинические случаи	431
Стратегии эффективной групповой терапии	439
Итоги и заключительные замечания	440
Полезные ресурсы	441
Литература и источники	442
Глава 11. Фармакотерапия зависимостей	445
Обоснование фармакотерапии зависимостей	445
Термины и понятия	446
Основные термины фармакотерапии	446
Основные нейрологические понятия в фармакотерапии	447
Разнообразии и фармакотерапия	450
Основная информация о нейротрансмиттерах в фармакотерапии	454
Основы фармакокинетики в фармакотерапии	454
Основы фармакодинамики в фармакотерапии	455
Биологическая теория тяги	457
Роль профессионального консультанта в фармакотерапии зависимостей	459
Фармакотерапия расстройства, связанного с употреблением алкоголя	461
Аверсивная терапия	461
Лечение синдрома алкогольной отмены	461
Снижение тяги	464
Глоссарий фармакотерапевтических терминов	468
Итоги и заключительные замечания	471
Полезные ресурсы	471
Литература и источники	471
Глава 12. Поддержка терапии: программы 12 шагов	479
История развития групп 12 шагов	480
Анонимные алкоголики	480
Ал-Анон	482
Анонимные созависимые	483
Анонимные наркоманы	483
Алатин	483
Другие группы поддержки	484
Групповой процесс: как работают группы 12 шагов	486
Цели	486
12 шагов и 12 традиций	487
Групповая динамика в группах 12 шагов	488

Роль наставника в восстановлении	489
Действительно ли программы 12 шагов работают?	490
Преимущества и недостатки групп 12 шагов	492
Преимущества	492
Недостатки	493
Группы 12 шагов как часть терапевтического процесса	496
Роль консультанта	498
Как больше узнать о группах?	504
Итоги и заключительные замечания	505
Полезные ресурсы	506
Литература и источники	508

Глава 13. Поддержка клиента и предотвращение рецидива 515

Введение	515
Предотвращение рецидива аддиктивного поведения	515
Модель предотвращения рецидива	518
Самоэффективность	519
Ожидаемый результат	519
Тяга	520
Совладание	520
Мотивация	521
Эмоциональные состояния	521
Социальная поддержка	522
Ситуации высокого риска	522
Очевидно неуместные решения	526
Эффект нарушения абстиненции	528
Изменение образа жизни	529
Разработка плана управления	531
Клинический случай предотвращения рецидива	533
Самооценка ситуаций высокого риска	534
Стратегии совладания	535
Техники предотвращения срывов и рецидивов	535
Система поддержки и перемены в образе жизни	537
Другие изменения в образе жизни	539
Предотвращение рецидива в действительности	540
Итоги и заключительные замечания	540
Полезные ресурсы	541
Литература и источники	542

Часть III. Лечение зависимостей в семейной терапии, учреждениях реабилитации и учебных заведениях 545

Глава 14. Алкоголизм и семья	547
Зависимость и семья	549
Семейное консультирование	549

Этапы аддиктивной семейной системы	556
Родительство в аддиктивной семейной системе	557
Зависимость и супружество	558
Влияние алкоголя на супружеские отношения	559
Зависимость и дети	564
Поведенческий исход	567
Психосоциальный исход	567
Консультирование аддиктивных семейных систем	570
Эффективность супружеского и семейного консультирования	570
Оценивание аддиктивных семейных систем	571
Терапевтические стратегии для аддиктивных семейных систем	572
Итоги и заключительные замечания	575
Полезные ресурсы	575
Литература и источники	576
Глава 15. Люди с ограниченными возможностями и асстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ и аддиктивными состояниями	585
Введение	585
Характеристики и статус людей с ограниченными возможностями и зависимостями	592
Факторы риска для людей с ограниченными возможностями	597
Медицинские факторы риска	598
Психологические факторы риска	599
Межличностные и социальные факторы риска	600
Факторы риска, связанные с занятостью	601
Факторы риска, связанные с доступностью	602
Социокультурные факторы	605
Лечение и результаты	606
Стратегии интервенции в условиях реабилитации	610
Полезные ресурсы	618
Литература и источники	619
Глава 16. Программы профилактики злоупотребления психоактивными веществами в разные периоды жизни	627
Необходимость профилактических программ в течение жизни	627
Модель профилактической программы общественного здравоохранения	628
Программы первичной профилактики	629
Программы вторичной профилактики	630
Программы третичной профилактики	630
Профилактические программы, основанные на фактических данных	630
Профилактические исследования	631
Программа оценивания потребностей	633

Употребление психоактивных веществ и зависимость в цифрах	634
Типы программ для профилактики злоупотребления психоактивными веществами	639
Стратегии профилактических программ	640
Профилактические программы для всех возрастных групп	640
Снижение доступа к наркотикам	640
Программы профилактики употребления психоактивных веществ для детей, подростков и молодежи	641
Ранняя диагностика и лечение эмоциональных проблем	641
Диверсионные программы для несовершеннолетних	642
Школьные программы профилактики злоупотребления психоактивными веществами	643
D.A.R.E.	645
Обзор эффективности D.A.R.E.	646
Раннее противодействие употреблению психоактивных веществ подростками	647
Тесты на наркотики в школе	648
Мультимодальные программы	651
Программы снижения вреда	654
Краткий скрининг на алкоголь и интервенция для студентов колледжей (BASICS)	654
Медиакампании, направленные на молодежь	655
Программы снижения риска и протективные программы	656
Профилактические и терапевтические программы для беременных	658
Программы посещения на дому	658
Программы профилактики зависимостей для военнослужащих, ветеранов и их семей	660
Военнослужащие	660
Ветераны	662
Профилактические программы для пожилых людей	663
Эффективность профилактики злоупотребления психоактивными веществами	664
Итоги и заключительные замечания	665
Полезные ресурсы	667
Литература и источники	668

Часть IV. Кросс-культурное консультирование по проблемам зависимостей 677

Глава 17. Межкультурное консультирование с учетом этнических различий 679

Почему культура имеет значение в лечении зависимостей?	680
Определения	682

История вопроса	682
Потребности в лечении и его особенности для расовых и этнических меньшинств	684
Различия в употреблении и доступе к лечению	685
Расовые и этнические меньшинства	686
Теоретические рамки	695
Расовые и культурные модели идентичности	695
Ассоциация межкультурного консультирования и развития компетенций межкультурного консультирования	696
Итоги и заключительные замечания	706
Полезные ресурсы	706
Литература и источники	707
Глава 18. Гендер, пол и зависимость	713
Введение	713
Гендер, употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими в США	715
Женщины и зависимость	719
Биологические особенности	719
Психологические особенности	721
Социальные особенности	723
Отдельные особенности аддиктивных женщин	724
Мужчины и зависимость	727
Биологические особенности	727
Психологические особенности	728
Социальные особенности	730
Терапевтические особенности	731
Обзор лечения и его история	731
Гендерно-специфичные терапевтические потребности женщин	732
Гендерно-специфичные терапевтические потребности мужчин	736
Гендерно-специфичные терапевтические потребности трансгендеров	738
Гендерно-специфичные терапевтические потребности интерсексуалов	739
Терапевтические результаты и предотвращение рецидива	740
Итоги и заключительные замечания	741
Полезные ресурсы	741
Литература и источники	742
Глава 19. ЛГБТК-сообщество и антидискриминационное лечение зависимостей	747
Общепринятые термины и распространенные мифы о представителях ЛГБТК-сообщества	750
Каминг-аут, культурные различия и зависимости	752

Антидискриминационное лечение зависимостей и оценивание представителей ЛГБТК-сообщества	755
Специфика оценивания зависимостей у представителей ЛГБТК-сообщества	758
Лечение зависимостей, специфическое для представителей ЛГБТК-сообщества	762
Терапевтические модальности	763
Предотвращение рецидива	765
Роль консультанта по зависимостям, работающего с ЛГБТК-клиентами	767
Создание безопасной среды для представителей ЛГБТК-сообщества	768
Как отстаивать антидискриминационное лечение представителей ЛГБТК-сообщества	769
Итоги и заключительные замечания	774
Полезные ресурсы	775
Литература и источники	777
Глава 20. Стационарное и амбулаторное лечение зависимостей	781
Введение	781
Стационарное лечение	783
Уровни предоставляемого ухода	783
Виды стационарного обслуживания	788
Клиническое определение необходимости в стационарном лечении	790
Проведение мотивационного интервью для оценивания готовности к изменению	792
Проблемы реабилитационных центров	793
Опыт клиента, проходящего стационарное лечение	795
Амбулаторное лечение	799
Законодательство в отношении психоактивных веществ и лечение	799
Стационарные программы лечения по поводу употребления психоактивных веществ	806
Отстаивание прав	812
Полезные ресурсы	813
Литература и источники	814
Предметный указатель	820

ГЛАВА

4

Профессиональные аспекты консультирования по зависимостям

*Мелинда Хейли, Уолденский университет
Дина Шелтон, Университет ЛеТурнё*

Навыки в диагностике и лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, требуют значительной подготовки. Несогласованность государственных требований к лицензированию консультантов по зависимостям привела к тому, что больше половины дипломированных консультантов по зависимостям не имеют ученой степени (Molfenter, 2014). Однако независимо от уровня образования консультанты по зависимостям несут профессиональную ответственность перед своими клиентами, работодателями и профессиональной репутацией за обеспечение высочайшего качества ухода за клиентами. В этой главе, посвященной профессиональным аспектам консультирования по зависимостям, мы рассматриваем темы, связанные с компетентностью консультантов и проблемами аттестации.

Профессиональный аспект консультирования по зависимостям

Мы все ограничены в нашей практике консультирования. Никто не может быть до конца компетентен во всех сферах ментального здоровья или консультирования по вопросам зависимостей. Только сам консультант по зависимостям может видеть собственные ограничения в отношении видов услуг, которые он может предложить. В этом разделе будет рассмотрена компетенция консультанта в следующих вопросах: 1) коморбидность; 2) специфические популяции; 3) клинические знания о полисубстанциональном злоупотреблении и зависимости; 4) знание теоретических, терапевтических и реабилитационных моделей; 5) вопросы, связанные с личными границами; 6) мультикультурализм; 7) профессиональная подготовка; 8) консультанты в процессе реабилитации; 9) консультанты, которые никогда не принимали психоактивные вещества; 10) самопомощь; 11) непрерывное образование.

Коморбидность

По данным Национального института по борьбе со злоупотреблением наркотиками (*NIDA, 2018*), коморбидность относится к существованию множественных диагностируемых расстройств или заболеваний, которые возникают одновременно или последовательно и влияют на исходы существующих заболеваний. Хотя точное представление о распространенности сопутствующих психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, затруднено, Управление по вопросам злоупотребления психоактивными веществами и психического здоровья (*SAMHSA, 2015*) сообщило, что в 2014 году из 20,2 миллиона взрослых в возрасте 18 лет и старше с диагностированным расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (*SUD*), у 39,1% также были диагностированы психические заболевания. В целом *SAMHSA (2015)* сообщило, что 3,3% взрослого населения и 1,4% подростков страдают одновременно зависимостями и психическими заболеваниями. Распространенность коморбидности может быть затруднена для определения из-за перекрытия диагностических критериев и симптомов (*Morisano et al., 2014*). Частота совпадения расстройств психического здоровья и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, требует использования комплексных программ лечения и методов терапии, которые учитывают динамику обоих заболеваний и уделяют внимание всем возможным индивидуальным и сопутствующим проблемам (*Rizvi & Harned, 2013*).

В *DSM-5* представлен новый подход, в соответствии с которым субстанциональная зависимость и злоупотребления психоактивными веществами объединены в особую категорию: расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и аддиктивными состояниями (*APA, 2013*). Это изменение стало отражением исследований, которые продемонстрировали проблематичность разделения злоупотребления и зависимости (*Wakenfield, 2013*). Эти изменения обеспечили более сжатый метод диагностики, теперь требующий только двух из 11 симптомов для обоснования диагноза (*Wakenfield, 2013*). Однако это теоретически делает диагноз более расплывчатым, что требует от консультанта дополнительных усилий по выбору наиболее подходящих планов лечения, особенно когда у клиента имеются сопутствующие заболевания. Лечение пациентов с коморбидным состоянием представляет собой уникальную проблему для компетентности консультанта по зависимостям, особенно в тех случаях, когда он не имеет подготовки или опыта работы с людьми с определенным психическим расстройством. Этический кодекс Национальной ассоциации аддиктологов (*National Association of Addiction Professionals — NAAP, 2013*) указывает, что консультантам по зависимостям неэтично диагностировать психические расстройства без надлежащего лицензирования в сфере психического здоровья; поэтому они должны быть

осведомлены о своих ограничениях в работе и при необходимости перенаправлять клиентов к профильным специалистам.

При диагностике расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, особенно остро стоит проблема психического здоровья. Поэтому важно, чтобы консультанты рассматривали все возможные аспекты и при необходимости сами обращались за консультацией. В соответствии с Этическим кодексом Американской ассоциации консультантов (*American Counseling Association — ACA, 2005*) в ответственность консультанта входит предоставление высококачественных услуг; поэтому, если консультант по зависимостям не прошел подготовку, позволяющую диагностировать зависимость от психоактивных веществ, может потребоваться привлечение дополнительных специалистов (*ACA, 2005*). Хотя зачастую трудно выделить непосредственную этиологию психического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, консультанты должны знать различные факторы, которые могут быть связаны с коморбидностью (*NIDA, 2010*). Например, можно предположить, что одно приводит к другому. Например, психические заболевания, такие как тревога или депрессия, могут привести к самолечению и зависимости от психоактивных веществ (*NIDA, 2010*). Признавая необходимость всесторонней подготовки и компетентности в отношении коморбидных расстройств, Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (*National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors, — NAADAC*) будет предлагать соответствующее обучение (*Brys, 2013*).

Специфические популяции

Хотя в рамках этой главы не получится рассказать обо всех специфических популяциях, представители которых борются с зависимостями, группа несовершеннолетних (дети и подростки) в последние годы привлекает повышенное внимание специалистов. Имеется ряд правовых и этических вопросов, возникающих при работе с несовершеннолетними. По сравнению со взрослыми подростки требуют особого подхода при лечении в случае злоупотребления психоактивными веществами, восстановлении и предотвращения рецидива (*Acri, Gogel, Pollock, & Wisdom, 2012; Gonzales, Anglin, Beattie, Ong, & Glik, 2012*). Например, при работе с несовершеннолетними консультантам необходимо уделять внимание их различным потребностям, включая обоснование ими своего употребления психоактивных веществ, индивидуальному своеобразию и мотивации к восстановлению (*Dow & Kelly, 2013*). Точно так же успешное восстановление подростков и предотвращение рецидива могут потребовать поддержки в организации занятий, которые бы

способствовали свободному от наркотиков образу жизни; например, это может быть помощь подростку в поисках подработки для повышения финансовой стабильности (Acri et al., 2012). Консультантам по зависимостям важно учитывать эти соображения, чтобы получить соответствующую подготовку и навыки, необходимые для работы с этой группой населения.

В дополнение к вопросу компетентности в предоставлении услуг консультанты также должны учитывать, может ли ребенок или подросток, с которыми они работают, предоставить юридическое согласие на свое лечение, особенно если он пытается получить доступ к соответствующим услугам без ведома родителей. Возраст, когда несовершеннолетние могут юридически оформлять отношения финансового, служебного или брачного характера, варьируются от штата к штату. Кроме того, юридические полномочия, необходимые для работы с молодежью, могут также варьироваться. Согласно федеральному закону (42 C.F.R. §2.14), несовершеннолетние в возрасте 12 лет и старше имеют право письменно оформлять терапевтическое согласие, а также подписывать формальное разрешение на раскрытие конфиденциальной информации без согласования с родителем или опекуном. Однако тот факт, что несовершеннолетние могут подписывать юридические соглашения и оформлять терапевтическое согласие, представляет собой этическую дилемму для консультантов по зависимостям. Например, что делать, если несовершеннолетний рассказывает консультанту по зависимостям о своем употреблении алкоголя или других психоактивных веществ, которое представляет собой явную опасность для него самого или других людей?

Этический кодекс Национальной ассоциации консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC, 2011b) требует, чтобы консультанты учитывали особенности клиента, включая его возраст, и то, как он влияет на лечение и интервенцию, чтобы в конечном счете действовать в интересах клиента. Поэтому если обнаруживаются факты, касающиеся возможного вреда для жизни или физического благополучия несовершеннолетнего, консультанты обязаны в соответствии с законом и Этическим кодексом действовать в интересах своих клиентов, даже если это означает нарушение конфиденциальности. С этической точки зрения консультанты должны получать супервизию, впервые приступая к работе с представителями специфических популяций, поскольку в таком случае возможны многочисленные этические, юридические и терапевтические проблемы.

Клинические знания о полисубстанциональном злоупотреблении и зависимости

В США по-прежнему наблюдается высокий уровень субстанциональной и полисубстанциональной зависимости, особенно среди подростков и молодежи (Olthuis, Darredeau, & Barrett, 2013). Учитывая такую удручающую тенденцию, чрезвычайно важно, чтобы консультанты и другие медицинские работники имели знания, необходимые для работы с лицами, страдающими полисубстанциональной зависимостью. Тем не менее до сих пор не хватает специалистов, которые бы успешно прошли курс обучения и супервизии для работы с этой проблемой (West & Hamm, 2012; Whitley, 2010). Например, многие современные исследователи нуждаются в дополнительной подготовке и получении опыта от практиков, непосредственно работающих в сфере полисубстанционального злоупотребления. К вопросам, связанным с подготовкой, относятся: а) недостаточный уровень подготовки выпускников, получающих дипломы консультантов, психологов, психиатров и социальных работников (Bina et al., 2008; Chandler et al., 2011; Chasek, Jorgensen, & Maxon, 2012; Whitley, 2010); б) отсутствие национальных стандартов обучения и несогласованность между профессиями (Chasek et al., 2012); в) неприятие практикующими специалистами эмпирически обоснованных методик (Lundgren et al., 2011); г) отсутствие обучения или ненадлежащая подготовка в соответствии с конкретными терапевтическими моделями (Najavits et al., 2011); д) недоступность аккредитованных мест прохождения практики (Tontchev et al., 2011); е) ненадлежащая супервизия молодых аддиктологов (West & Hamm, 2012; Whitley, 2010).

Бина и соавторы (Bina et al., 2008) обнаружили, что магистры социальной работы имеют недостаточный уровень подготовки в терапии злоупотреблений психоактивными веществами, что отрицательно коррелирует с их профессиональными знаниями, отношением к работе с клиентами и ее эффективностью. В своем исследовании они опросили новоиспеченных магистров социальной работы, насколько высоко те оценивают полученные знания о злоупотреблении психоактивными веществами, включая полисубстанциональную зависимость. Авторы обнаружили, что большинство респондентов имели ограниченный опыт в этой сфере и оценивали себя как недостаточно подготовленных к работе с соответствующими клиентами. Консультанты и специалисты в смежных областях должны быть осведомлены о полисубстанциональном злоупотреблении и о том, как оно влияет на проблемы клиента и работу с ним. Как отмечалось ранее, проблема подготовки по-прежнему актуальна для многих профессий, представители которых работают с зависимостями. Согласно Этическому кодексу Национальной ассоциации консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (2011b), профессионалам

необходимо стремиться к лучшему пониманию аддиктивных расстройств и совершенствоваться в областях, выходящих за рамки их компетенции.

Осведомленность о теоретических, терапевтических и реабилитационных моделях

Консультант также должен быть осведомлен о различных теоретических и терапевтических моделях зависимостей и положительно относиться к освоению новых эмпирически обоснованных терапевтических методов (*Lundgren et al., 2011*). Основанные на фактических данных или эмпирически обоснованные практики — это эмпирически подтвержденные интервенции, осуществление которых улучшает состояние клиентов. Исторически сложилось определенное сопротивление новым терапевтическим методам (*Barrick & Homish, 2011*).

В течение последних 20 лет внимание аддиктологов удерживает предложенная Прохаской и Ди Клименте (*Prochaska & DiClemente, 1984*) транстеоретическая модель изменения. Это один из ведущих подходов к объяснению целого ряда связанных со здоровьем моделей поведения и направленных на них интервенций: курения (*Huber & Mahajan, 2008*), злоупотребления алкоголем (*Prochaska et al., 2004*), диет (*Wells & Wells, 2007*) и злоупотребления психоактивными веществами (*Barber, 1995*). Она также используется для оценки “готовности к изменениям” самих консультантов по зависимостям в смысле принятия ими новых терапевтических протоколов, поскольку одно из препятствий на пути внедрения эмпирически обоснованных практик — это неопытность клинициста или непонимание им того, что требуется для изменения своего отношения и работы (*Barrick & Homish, 2011; Lundgren et al., 2011; Rieckmann et al., 2011*).

Транстеоретическая модель изменения выделяет четыре основных понятия, имеющих отношение к изменению поведения клиента или клинициста: а) этапы изменения (преднамерение, намерение, подготовка, действие, поддержка); б) процессы изменения (когнитивные, поведенческие и аффективные действия, способствующие изменениям); в) самоэффективность (уверенность клиента и/или клинициста в произведенных изменениях); г) баланс принятия решений (преимущества и недостатки изменения) (*Prochaska et al., 2004*).

К транстеоретической модели изменения близка модель изменения, предложенная Э. М. Роджерсом (см. *Lundgren et al., 2011*). Исследование Роджерса выявило пять факторов, объясняющих, готовы ли практикующие специалисты применять новый терапевтический протокол или инновации.

1. Специфические особенности изменения и получаемые от него выгоды.
2. Совместимость со значениями, убеждениями, прошлой историей и потребностями вовлеченных лиц.
3. Сложность инноваций: простые распространяются быстрее, чем сложные.
4. Вероятность того, что это изменение возможно апробировать в небольших масштабах.
5. Наблюдаемость — легкость, с которой можно было наблюдать за теми, кто принял изменение (С. 272).

Вопросы, связанные с личными границами

Связь между клиентом и консультантом жизненно важна для процесса восстановления; поэтому важно, чтобы консультанты обеспечивали качественный и этически безупречный уход, действуя в интересах клиента для расширения его возможностей и достижения позитивных изменений (ACA, 2005). По словам Роджерса (Rogers, 1961), консультанты, которые наиболее эффективны в налаживании связи со своими клиентами, демонстрируют следующие характеристики: а) тепло; б) надежность; в) последовательность; г) безусловное положительное отношение; д) эмпатия; е) безоценочное понимание; ж) вера в то, что все люди стремятся к самоактуализации. Согласно этическим стандартам профессии консультанты по зависимостям должны в идеале осознавать границы между собой и клиентом, предупреждая ситуации, которые могут привести к нарушениям таких границ, во избежание нанесения вреда клиентам (ACA, 2005).

Этические кодексы и стандарты существуют для стандартизации уровня предоставляемых услуг, обеспечивая таким образом надлежащую заботу и интервенцию по отношению к клиентам. Вследствие сложности консультативных отношений консультанты могут постоянно сталкиваться с проблемой соответствия этическим нормам и соблюдения границ (см. табл. 4.1). Один из примеров нарушения границ — ситуация, когда консультант привносит в консультативные отношения свои личные проблемы с зависимостями (Oser, Biebel, Pullen, & Harp, 2013). Консультантам необходимо осознавать также и другие нарушения границ, имеющие место в случае слишком интенсивного эмоционального инвестирования в клиента. Это особенно справедливо для консультирования на этапе восстановления. Основываясь на собственном опыте, такие консультанты могут быть чрезмерно связаны с клиентами и перенимать проблемы последних (Doukas & Cullen, 2010). Чрезмерное эмоциональное вовлечение в проблемы клиента может отвлечь от эффективного лечения и размыть границы между консультантом и клиентом. Консультант

должен помнить о возможности переноса и контрпереноса, а также о чрезмерной эмоциональной и физической вовлеченности (Doukas & Cullen, 2010). Ответственность консультанта заключается в том, чтобы поддерживать надлежащие границы и активно соответствовать этическим нормам, не забывая о потенциально опасных ситуациях и поведении (Martin, Godfrey, Meekums, & Madill, 2011).

Таблица 4.1. Руководящие принципы принятия решения о нарушении границ

-
1. Оцените положительные и отрицательные последствия нарушения границ для каждого участника взаимодействия.
 2. Обратитесь к классическим и современным исследованиям, посвященным конкретным границам, которые вы рассматриваете, и проанализируйте рекомендации.
 3. Обратитесь к этическим кодексам, федеральным и местным законам, определяющим отношение к границам.
 4. Проконсультируйтесь с другими специалистами в этой области. Спросите мнение своих коллег о границах и о том, может ли быть их нарушение терапевтически оправдано.
 5. Следите за своими эмоциями, отмечая любые признаки беспокойства, вины или сожаления. Это может быть для вас признаком того, что вы приблизились к границам, которые вам не стоит нарушать.
 6. Обсудите границы с клиентом, желательно заранее, узнайте его мысли и получите информированное согласие на возможное нарушение границ.
 7. Направьте клиента к другому специалисту, если обнаруживаются факторы, которые могут нанести вред ему или вам.
 8. Документируйте, документируйте и еще раз документируйте весь процесс (например, вашу теоретическую ориентацию, процесс нарушения границ, с кем вы консультировались, в каких этических кодексах и законах упоминаются эти конкретные границы и т.д.).
-

Источник: Pope & Keith-Spiegel, 2008.

Мультикультурализм

Учитывая как социальные, так и демографические изменения среди афроамериканцев, латиноамериканцев, уроженцев тихоокеанского региона, Юго-Восточной Азии и Ближнего Востока, консультанты по зависимостям должны быть ознакомлены с возможными культурными различиями и тем, как они могут влиять на оценку и лечение аддиктивных расстройств у представителей разных культур. Консультантам также следует отметить, что разнообразие не только включает этническую принадлежность и расу, но также охватывает сексуальную ориентацию, гендерную идентичность, возраст, регион происхождения, религию, язык и т.д. Человек не существует в отрыве

от культуры; поэтому учет культурных особенностей предусматривает комплексную оценку ценностей и убеждений этнических групп и рас, а также других различий между группами (Hickling, 2012; Unger, 2012). Культурные границы стали размытыми и в наше время фактически означают способ индивидуального понимания своей культуры (Unger, 2012). Эффективное лечение требует признания воспринимаемых человеком культурных убеждений и осведомленности консультанта о его собственных личных убеждениях и суждениях, поскольку их пересечение может привести к конфронтации и повлиять на лечение (Hickling, 2012). Для этически компетентного консультанта важно принимать во внимание аспекты, выходящие за пределы расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, — включая учет языка, культурного фона и терапевтических методов с точки зрения воспринимаемой клиентом культуры, вместо стереотипного восприятия культуры клиента (Luger, 2011).

Основываясь на этических стандартах, консультант по зависимостям должен учитывать влияние на клиента культурных факторов и их вклад в формирование его зависимости (NAADAC, 2011b). Вот примеры того, что может препятствовать клиентам в поисках помощи: их собственные личные убеждения; боязнь осуждения со стороны общества; стигматизация, связанная с употреблением психоактивных веществ; самовосприятие и самоотношение. Для консультантов по зависимостям эти препятствия означают необходимость осознавать потенциальные барьеры на пути к эффективному лечению (Venner et al., 2012).

Определение культуры, к которой принадлежит клиент, его особых потребностей или личностных особенностей осуществляется в начале терапевтического процесса через процедуру первичного приема (NAADAC, 2011b). При всей необходимости такой практики она не должна замещать собой последовательный и активный интерес к клиенту, который необходим на протяжении всего терапевтического процесса для установления и поддержания консультативных отношений.

Существует несколько факторов, которые способствуют распространению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Они могут включать низкий социально-экономический статус, отсутствие образования и экономические проблемы (Unger, 2012). Исследования показали, что безработные чаще злоупотребляют психоактивными веществами, чем работающие на условиях полной занятости (United States Department of Health and Human Services — USDHHS, 2013). При одинаковом уровне употребления психоактивных веществ наблюдаются и расовые различия: американские индейцы — 12,7%, афроамериканцы — 11,3%, европеоиды — 9,2%, латиноамериканцы — 8,3%, коренные гавайцы — 7,8%, азиаты — 3,7% (USDHHS, 2013). Следует также отметить, что возраст, пол, раса и экономический статус могут влиять на выбор типа психоактивного вещества.

Например, Пилкинтон и Каннателла (*Pilkinton & Cannatella, 2012*) обнаружили, что европеоиды обоих полов демонстрируют более высокие показатели злоупотребления стимуляторами по сравнению с другими расами. Эти исследователи рекомендуют консультантам активно учитывать тенденции потребления психоактивных веществ, связанные с этнической принадлежностью, возрастом и полом. Этические стандарты утверждают, что консультанты должны активно информировать своих клиентов о воздействии культуры и влиянии культурных ценностей и убеждений — как на индивидуальном, так и на групповом уровне (*ACA, 2005; NAADAC, 2011b*). Компетентная практика, лечение и интервенции должны быть индивидуализированы на основе таких влияний и различных потребностей группы и индивида (*ACA, 2005; NAADAC, 2011b*).

Профессиональная подготовка

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и аддиктивными состояниями, по-прежнему являются широко распространенной проблемой в США, но обнадеживают признаки того, что ее уровень тяжести и количество людей, борющихся с зависимостью, в ближайшем будущем резко сократятся (*Chandler et al., 2011*). Поэтому обостряется потребность в компетентных специалистах по зависимостям. Однако, как отмечалось выше, имеются некоторые опасения относительно уровня подготовки специалистов, которые лечат зависимости и предоставляют услуги для клиентов (*Chandler et al., 2011; Miller, Scarborough, Clark, Leonard, & Keziah, 2010*).

Эти проблемы возникли, поскольку исторически сложилось так, что консультанты по зависимостям могли получить сертификацию без формального обучения в сфере консультирования по зависимостям (*Rieckmann et al., 2011; Whitley, 2010*), и имелось множество способов достижения этого (например, конференции, лекции, заочное образование, ролевые игры, семинары, краткие курсы и воркшопы) (*Bina et al., 2008*). В настоящее время, хотя до сих пор нет национальных стандартов учебной программы или аттестации, а требования к обучению по-прежнему варьируются от штата к штату и иногда существенно различаются даже в одном штате (например, в Калифорнии), все же можно говорить о некоторых успехах в обучении консультированию по зависимостям (*Chasek et al., 2012; Counselor License Resources, 2014; Miller et al., 2010*).

Например, в 2009 году Совет по аккредитации программы подготовки консультантов и родственных образовательных программ — SACREP (*Counsel for Accreditation of Counseling and Related Programs*) завершил разработку набора руководящих принципов и стандартов консультирования по зависимостям (знания, навыки и практики), как и Центр лечения

наркомании (Center for Substance Abuse Treatment — CSAT) и Управление по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и психическому здоровью (Substance Abuse and Mental Health Services Administration — SAMHSA) (Chasek et al., 2012). Кроме того, в 2010-2011 годах была создана Национальная комиссия по аккредитации исследования зависимостей (National Addiction Studies Accreditation Commission — NASAC) для дальнейшей стандартизации подготовки соответствующих специалистов. Таким образом, сфера зависимостей стремится к национальному стандарту (Whitley, 2010).

Также росли требования к практикующим специалистам (Degree Directory, 2014; Miller et al., 2010), и в настоящее время “80% персонала, непосредственно занятого лечением зависимостей, имеют степень бакалавра, а 53% — степень магистра или выше” (Whitley, 2010, С. 355). Однако в некоторых штатах достаточно одних только высоких оценок школьного аттестата (Bureau of Labor Statistics, 2014).

Также были созданы профессиональные ассоциации, призванные объединить специалистов, работающих в этой сфере. Например, Ассоциация университетских преподавателей, обучающих решению проблем зависимости (INCASE), и Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC) призваны предоставлять ресурсы соответствующим профессионалам (Myers, 2011, С. 273). Наконец, аккредитованная резидентальная программа, которой управляет Американский совет аддиктивной медицины (American Board of Addiction Medicine — ABAM) (Myers, 2011), помогает в обучении психиатров, специализирующихся на зависимостях. Однако в США пока что только психиатры могут проходить аккредитованную подготовку по аддиктивной медицине. За немногими исключениями, врачи других профилей могут получать лишь неаккредитованную подготовку у специалистов по аддиктивной медицине (Tontchev et al., 2011).

Однако несмотря на успехи в стандартизации, отмечается, что консультанты, которые не специализируются на зависимостях, лишены доступа к соответствующей подготовке дополнительно к своей основной. Поэтому необходимо включать навыки, знания и практику по зависимостям во все основные области обучения консультантов, одобренные SACREP (Советом по аккредитации программы подготовки консультантов и родственных образовательных программ), чтобы обеспечить подготовку студентов в области этики (Chandler et al., 2011). (Список принципов обучения консультантов приведен в табл. 4.2.)

Таблица 4.2. Шестнадцать принципов обучения консультантов

1. Обучение и подготовка должны быть компетентными.
2. Обязательно непрерывное образование.
3. Инструментами обучения должны быть практические рекомендации.
4. Студенты должны развивать свои компетенции в терапии на практике.
5. Методы обучения должны быть доказательными.
6. Учебные планы должны регулярно обновляться для учета ценностей, знаний и навыков, необходимых для работы в современной системе здравоохранения.
7. Развитие навыков должно включать клинические, управленческие и административные составляющие.
8. Обучение должно быть направлено на понимание всех конкурирующих парадигм оказания услуг, а также сил, которые оказывают влияние на систему здравоохранения (научных, профессиональных, экономических и социальных).
9. Студентов необходимо подготавливать в соответствии с теми программами и условиями, в которых они будут работать.
10. Места практики должны обеспечивать разнообразную и междисциплинарную практику, позволяя студентам отслеживать пациентов в течение достаточно продолжительного времени.
11. Необходимо более точное определение термина *рабочая сила*, и все специалисты, участвующие в работе с аддиктами, должны получать последовательную подготовку.
12. Подготовка должна предлагаться культурально разнообразным группам.
13. Следует привлекать клиентов и членов семьи аддикта, чтобы они передали работникам свою точку зрения на данную зависимость.
14. Преподаватели и супервизоры, обучающие консультантов по зависимостям, должны иметь опыт проведения соответствующего лечения и заниматься им в период преподавания.
15. Профессорско-преподавательский состав должен обеспечивать мультидисциплинарную подготовку в разнообразных терапевтических подходах.
16. Обучающие программы должны стимулировать профессорско-преподавательский состав совершенствовать уровень своего преподавания, чтобы уделять больше внимания практической подготовке, не заменяя ее лекциями по теории или исследовательской деятельностью.

Источник: Noge, Huey, & O'Connell, 2004.

Консультанты в процессе восстановления

Среди консультантов по зависимостям нередко можно встретить таких, которые сами были зависимыми и в настоящее время находятся в процессе восстановления. Дукас и Каллен (*Doukas & Cullen, 2010*) обратили внимание на то, что еще в 1940-х годах стали привлекать выздоравливающих алкоголиков для оказания помощи аддиктам в реабилитации и лечении. После

соответствующего обучения консультанты по зависимостям, которые сами находятся в процессе реабилитации, могут применять свой опыт для консультирования клиентов. Однако аддиктам в процессе реабилитации необходимо помнить об опасностях, которые могут привести к рецидиву, включая выгорание, близость к психоактивным веществам и к тем, кто их принимает, а также наличие потенциальных триггеров, которые могут запустить процесс “ломки” (Doukas & Cullen, 2010). Лейкин, Куциаре и Вайгардт (Leykin, Cucciare, & Weingardt, 2011) отмечают, что консультанты, которые прошли реабилитацию, меньше подвержены выгоранию, чем консультанты, не имеющие опыта злоупотребления психоактивными веществами, — возможно, потому что уже научились противостоять искушению при реабилитации от зависимости. Консультанты в процессе восстановления могут быть даже эффективнее в своей работе, поскольку с большим пониманием относятся к аддиктам и устанавливают с ними более тесные связи (Doukas & Cullen, 2010). Такие консультанты также более склонны рассматривать зависимость с точки зрения медицинской модели, а не нравственного изъяна, и воздерживаются от осуждения своих клиентов (Davis, Sneed, & Koch, 2010). Кроме того, консультанты, которые прошли реабилитацию, более ориентированы на помощь другим людям в их стремлениях и желании преодолеть аналогичные проблемы (Doukas & Cullen, 2010). Однако у таких консультантов выше риск того, что они будут проецировать на клиента собственный опыт и предположения, что может в свою очередь привести к этическим проблемам (Doukas & Cullen, 2010).

Консультанты в процессе восстановления сталкиваются с разнообразными этическими проблемами, в частности с проблемой границ. Пытаясь смягчить эту проблему, Анонимные алкоголики приняли директиву для членов АА, занятых в работе с алкозависимостью (АА, 2013), согласно которой консультанты, сами прошедшие реабилитацию, должны иметь трех–пятилетний стаж воздержания, прежде чем смогут работать с аддиктивными клиентами. Хотя директивы АА ориентированы на тех, кто восстанавливается после алкозависимости, они применимы и в реабилитации от других психоактивных веществ.



Анонимные алкоголики

Анонимные алкоголики (*Alcoholics Anonymous* — АА) — группа добровольной поддержки тех, кто изъявил желание прекратить употребление алкоголя, деятельность которой охватывает 180 стран. Аналогичная группа для тех, кто злоупотребляет другими психоактивными веществами — Анонимные наркоманы (*Narcotics Anonymous*). АА была основана в 1935 году нью-йоркским биржевым маклером и хирургом из Огайо и в настоящее время насчитывает свыше двух миллионов членов по всему

миру. Единственное требование для членства — желание бросить пить или принимать другие психоактивные вещества. Члены АА не делают никаких взносов и не платят за членство: АА существует на пожертвования участников. Философия АА заключается в том, что алкоголизм — это болезнь, которую нельзя вылечить, но можно контролировать благодаря упорному труду и настойчивости “день за днем”. Поэтому каждый из участников всегда находится в процессе “восстановления”, если только он не рецидивирует. Цель состоит в том, чтобы помогать друг другу через общение, понимание и работу по 12 шагам и 12 традициям. Каждый шаг и традиция помогает человеку вносить изменения в свое поведение, убеждения и эмоции, чтобы достичь трезвости и хорошего здоровья.

Источник: Alcoholics Anonymous, 2014.

Каковы будут этические последствия, если у консультанта по зависимостям возникнет рецидив во период консультационной работы? Как это повлияет на клиентов, которые борются за собственную трезвость? Некоторые консультанты спонсируют своих клиентов, чтобы они могли посещать группы АА (Bissell & Royce, 1994). Каковы этические последствия подобных действий?

Это непростые вопросы, и они отражают растущую полемику об объеме формальной подготовки, которую может получить консультант по зависимости и профессионал, обеспечивающий лечение зависимости (Fahy, 2007). Действующие директивы АА (АА, 2013) предостерегают консультантов от спонсирования своих клиентов, предлагая каждому оставаться в границах своих возможностей.

Необходимо выделить два других ключевых момента, имеющих отношение к консультантам в процессе восстановления. К ним относятся проблемы контрпереноса и самораскрытие. Как указано в предыдущем разделе этой главы, способность консультанта по зависимостям установить сильные терапевтические отношения со своими клиентами имеет важное значение для изменения поведения последних. Однако при установлении терапевтических отношений с клиентом первичной этической заботой, особенно для консультантов в процессе восстановления, является контрперенос. В 1995 году Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC) провела опрос и обнаружила, что 58% ее членов находятся в процессе восстановления (Doyle, 2005) (Примечание: более поздние оценки отсутствуют.) Учитывая такой высокий процент, каковы последствия, если консультант по зависимостям работает с клиентом, страдающим от такой же зависимости, в процессе восстановления от которой находится сам консультант или член его семьи? Учитывая собственную историю борьбы с зависимостью, консультанты в процессе восстановления способны к сочувствию

по отношению к клиентам на более высоком уровне, чем те, кто не имеют такого опыта. Однако согласно Уайту (*White, 2008*) консультанты с их собственными историями зависимостей могут испытать соблазн “ожидать или пытаться культивировать у своих клиентов такой же рациональный контроль над потреблением алкоголя и других наркотиков, который успешно работал в их собственной жизни” (С. 520). Это может как помочь, так и затруднить процесс восстановления. Чтобы минимизировать возможные отрицательные последствия контрпереноса, консультанты в процессе восстановления должны регулярно проходить супервизии, особенно при работе с клиентами, страдающими от подобных зависимостей.

Самораскрытие в консультировании должно проводиться с учетом этических границ и уместности той информации, которой консультант хотел бы поделиться, чтобы не подвергать риску терапевтический альянс и благополучие клиента (*ACA, 2005*). Существует несколько причин, по которым консультант может раскрыть клиенту историю своей собственной борьбы с зависимостью. Например, он может пойти на самораскрытие, чтобы углубить взаимодействие с клиентом, войти в конфронтацию с клиентом, ослабить чувство стыда и изоляции у клиента, породить у клиента надежду и проиллюстрировать конкретную стратегию решения проблем. Однако добровольное предоставление такой информации может привести к потере клинической направленности и неподобающей интимности в терапевтических отношениях (*White, 2008*). Следовательно, при раскрытии такой информации рекомендуется, чтобы консультанты проявляли осторожность и тщательно выбирали время для самораскрытия, количество раскрываемой информации и уместность этого подхода в целом.

Консультанты, которые никогда не принимали психоактивные вещества

Для специалистов по зависимостям, которые никогда не имели опыта употребления психоактивных веществ, работа с соответствующими клиентами может быть сложной и разочаровывающей, особенно в случае саморазрушительного поведения клиентов. Консультанты могут неосознанно стигматизировать таких клиентов, потому что делают предположения об их состоянии на основе медиаобразов и стереотипов. Поскольку принятие психоактивных веществ и связанный с зависимостью образ жизни могут противоречить ценностям консультанта как представителя определенной культуры, это может привести к неприятию клиента. Это, в свою очередь, может привести к пагубным последствиям, таким как утрата консультантом способности к эмпатии или преждевременный разрыв терапевтических отношений с клиентом. Специалисты, работающие с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, могут извлечь выгоду из изучения своих собственных

ценностей, убеждений и воспринимаемой компетентности (Steenrod & van Bael, 2010). Независимо от собственной предшествующей истории, важно, чтобы у консультанта по зависимостям были необходимое образование и компетентность в соответствии с этическими нормами профессиональных стандартов — как, например, Этического кодекса Американской ассоциации консультантов (*American Counseling Association — ACA*) и Стандартов Национальной ассоциации консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (*National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors — NAADAC*) (Chandler et al., 2011). Этические стандарты требуют, чтобы консультанты сосредоточивались на непричинении вреда, на понимании культуры клиента и уважении к ней, в том числе его ценностей, убеждений, расы, этнической принадлежности и всех других переменных, отмеченных ранее в этой главе. В конечном счете консультант должен действовать в интересах клиента (ACA, 2005; Linton, 2012). Поэтому для консультантов по зависимостям важно осознать свои собственные взгляды, предубеждения и отношения, чтобы не проецировать их на клиента (ACA, 2005; Linton, 2012).

Самопомощь

Другой профессиональной проблемой, с которой сталкиваются консультанты по зависимостям, является вопрос о вторичных травмах и самопомощи. Работа с клиентами, злоупотребляющими психоактивными веществами, подвергает стрессу и травмам тех, кто ею занимается. Консультанты по зависимостям сталкиваются с большим стрессом, страдают от перегрузки рабочими обязанностями, снова и снова переживают связанные с работой проблемы, постоянно балансируют между ролевыми ожиданиями и реальной работой с клиентом (Leykin et al., 2011; Wallace, Lee, & Lee, 2010). Выраженность рабочего стресса зависит от условий и индивидуальных особенностей, но консультанты по зависимостям зачастую работают в неудовлетворительных условиях из-за нехватки ресурсов, отсутствия поддержки со стороны администрации, завышенных требований, предъявляемых к оказываемым ими услугам со стороны системы здравоохранения и правовой системы, значительной текучки кадров, роста потребления психоактивных веществ среди населения в целом, а также из-за низкой мотивации своих клиентов к терапии (Wallace et al., 2010).

Выгорание может быть результатом недостаточной компетентности консультантов, поэтому им важно изучить эффективные стратегии самопомощи и преодоления проблем (Wallace et al., 2010). Самопомощь необходима всем консультантам, но особенно она важна для специалистов по зависимостям. Существует множество стратегий самопомощи, которые могут оказаться эффективными для снижения выгорания, чтобы консультанты не прибегали

к стратегиям избегания, а активно и эмоционально справлялись с рабочими стрессами (Wallace et al., 2010). Выгорание — серьезная проблема, которая отрицательно влияет как на консультанта, так и на клиента. Важно, чтобы консультанты по зависимостям заботились о себе, это поможет им надлежащим образом заботиться о своих клиентах.

Непрерывное образование

Консультирование по зависимостям — это быстро меняющаяся и динамичная профессия. По разным оценкам, в период между 2010 и 2020 годами количество консультантов по зависимостям увеличится на 27–31% (Bureau of Labor Statistics, 2014; Counselor License Resources, 2014). Консультанты должны быть в курсе новых событий и исследований, влияющих на их понимание, компетентность и предоставление услуг. В сложном положении оказываются консультанты, которые, осознавая необходимость быть в курсе последних исследований, работают в учреждениях, где не придают этому большого значения. Подчеркивая необходимость непрерывного образования, Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC, 2011a) указывает, что из-за постоянного обновления информации, изменения культурных аспектов и спроса на соответствующие услуги необходимо, чтобы консультанты по зависимостям были осведомлены о данных последних исследований для обеспечения этически и эмпирически обоснованных терапевтических методов.

Непрерывное образование приводит консультационную деятельность в соответствие с профессиональными и этическими стандартами, поскольку позволяет консультантам оставаться в курсе новых тенденций и информации, способствуя компетентной практике (Daughhete, Pueleo, & Thrower, 2010). Аналогичным образом непрерывное образование мотивирует консультантов, стремящихся обучаться и после получения лицензии и расти в профессиональном плане, поскольку это обеспечивает повышение квалификации и позволяет развиваться (Daughhete et al., 2010; NAADAC, 2013b).

С точки зрения развития навыков исследователи обнаружили, что даже полдня, выделенные на программу непрерывного образования, посвященную активному обучению практикующих врачей, улучшали эффективность краткосрочных интервенций и проведения скрининга на алкоголь и другие психоактивные вещества. Было установлено, что такое улучшение устойчиво как минимум на протяжении пяти лет (Saitz, Sullivan, & Samet, 2000).

Непрерывное образование или повышение квалификации могут проходить в форме курсовых работ, семинаров, наставничества, супервизий или других методов профессионального развития. Еще одно преимущество непрерывного образования заключается в том, что оно способствует

самопомощи, которая снижает профессиональное выгорание (*Daughhette et al., 2010*). Поэтому непрерывное образование может быть использовано для повышения эффективности лечения и оценивания, осуществляемых консультантами по зависимостям, за счет уменьшения разрыва между исследованиями и практикой и включением в свои программы данных последних исследований.

Аккредитация

Большинство связанных со здравоохранением профессий в США используют сочетание правовых механизмов, таких как учет, лицензирование, инспекции и стандарты безопасности, для осуществления контроля над организациями и качеством предоставляемых ими услуг (*NAADAC, 2013a*). Следующий раздел содержит обзор сфер сертификации, лицензирования и аккредитации, необходимых для профессиональной подготовки консультантов по зависимостям. Требования к обучению, сертификации и лицензированию варьируются от штата к штату, поэтому заинтересованные в этой профессии должны начать изучение с того, что потребуется им в конкретном штате (*Counselor Licensure Resources, 2014*). Сертификация для физических лиц и аккредитация для организаций — это оптимальные отраслевые стандарты, тогда как лицензирование можно рассматривать как минимальный стандарт, который означает, что некое лицо или организация соответствуют желаемому критерию (как правило, путем сдачи экзамена).

Сертификация

Сертификация обеспечивает профессиональные стандарты, предоставляя директивы, которые регулируют деятельность организации, требования к профессиональному обучению и стандартизацию экзаменов, тем самым обеспечивая необходимую компетентность профессионалов (*NAADAC, 2013b*). В то время как в каждом штате имеются свои требования в отношении лицензирования и сертификации деятельности, связанной с борьбой со злоупотреблением психоактивными веществами, отсутствует федеральные стандарты, поэтому такие требования могут существенно варьироваться от штата к штату (*West & Hamm, 2012*). Такое несоответствие между стандартами различных штатов и изменения в самой сфере консультирования по зависимостям могут вызвать путаницу и отсутствие согласованности среди консультантов, а также оттолкнуть клиентов (*Miller et al., 2010*). Поэтому в сфере работы с зависимостям процветает взаимное сотрудничество на основе национального стандарта, что создает основу, способствующую согласованности и этичности профессиональной деятельности (*Miller et al., 2010*).

Чтобы еще больше подчеркнуть проблему сертификации в сфере зависимостей, следует отметить, что существуют различия не только на уровне штатов, но и в типах сертификатов, предлагаемых различными учреждениями как внутри страны, так и на международном уровне (*El-Guebaly & Violato, 2011*). Например, Международная ассоциация консультантов по проблемам зависимостей и правонарушений (IAAOC), которая является подразделением Американской ассоциации консультантов (ACA), совместно с Национальным советом сертифицированных консультантов (*National Board of Certified Counselors — NBCC*) разработала стандарты аккредитации образовательных программ. Одним из требований к сертификации специалиста является успешная сдача им экзамена на степень “магистр консультирования по зависимостям” (*Examination for Master Addiction Counselors — EMAC*) (*NBCC, 2014*).

Национальная сертификационная комиссия для специалистов по зависимостям признает три уровня сертификации: национальный сертифицированный консультант по зависимостям первого уровня (*National Certified Addiction Counselor — NCACI*), национальный сертифицированный консультант по зависимостям второго уровня (*National Certified Addiction Counselor — NCACII*) и магистр консультирования по зависимостям (*Master Addiction Counselor — MAC*). Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (*NAADAC*) добавляет еще пять сертификаций, включая специалиста общей компетентности и специалиста по поддержке и реабилитации (*Brys, 2013*). *NAADAC* также признает дополнительные специальности, такие как национальный сертифицированный консультант по зависимостям у несовершеннолетних и специалист по никотиновой зависимости (*NAADAC, 2013b*). (Более подробную информацию см. на веб-сайте *NAADAC*.) Уровень сертификации или лицензирования определяет полномочия консультанта по зависимостям с точки зрения его автономии и независимости; этот уровень также определяет его статус в сфере работы с зависимостями. Например, лицензированный магистр консультирования по вопросам зависимостей может также получить федеральный статус специалиста по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (*Counselor Licensure Resources, 2014*).

Кроме того, каждый аккредитационный орган выдвигает свои требования к сертификации. Эти требования различаются в разных сертифицирующих организациях и от штата к штату, но все они преследуют три общие цели: а) определить основные задачи работы консультанта; б) определить основной набор знаний и навыков, которые отражают компетенции, необходимые для консультирования по зависимостям; в) оценивать компетентность лиц, желающих получить сертификацию (*NCCAP, 2013a*). Тем не менее многие аккредитующие организации и штаты расходятся в количестве

необходимых компетенций и требований к стандартам. Например, основные задачи и навыки, необходимые для аккредитации Национальной ассоциацией консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC), объединены в общие категории оценивания, терапевтического планирования, ориентации на клиента, консультирования в конкретных клинических случаях, конфиденциальности, индивидуализации, группового и семейного консультирования, кризисной интервенции, планирования выписки, последующих действий, направлений, защите интересов клиентов, личного и профессионального роста (NAADAC, 2013a).

Различные аккредитационные органы предусматривают разные уровни сертификации. Например, Международный консорциум по взаимной сертификации (*International Certification Reciprocity Consortium — IC&RC*) — межнациональная организация сертификационных советов, обеспечивающая взаимность сертификации на национальном уровне и в разных государствах — предусматривает три уровня сертификации: а) сертифицированный консультант по зависимостям; б) сертифицированный консультант по психоактивным веществам; в) консультант по алкоголю и психоактивным веществам. Каждый уровень в свою очередь предусматривает различные требования в отношении подготовки, обучения и опыта супервизии, и чем выше уровень сертификации, тем выше уровень этих требований (IC&RC, 2014). IC&RC также признает ряд международных сертификатов по зависимостям, поэтому эта организация работает в направлении обеспечения унификации профессии аддиктолога в глобальном масштабе (IC&RC, 2014). Кроме того, Международное общество аддиктивной медицины в настоящее время разработало международный процесс сертификации для врачей (El-Guebaly & Violato, 2011).

Как правило, каждый сертифицирующий орган предусматривает проведение письменного экзамена перед завершением сертификации. IC&RC проводит национальный экзамен, поддержанный многими штатами. Агентства, предусматривающие различные уровни сертификации консультантов (например, IC&RC и NAADAC), предлагают разные экзамены для каждого уровня. Экзамен Национальной ассоциации консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC) охватывает области фармакологии психоактивных веществ, практики консультирования, теоретических основ и профессиональных вопросов. Критерии сертификации магистра консультирования по зависимостям (MAC) и темы вопросов экзамена NAADAC приведены в табл. 4.3 и 4.4 соответственно.

Таблица 4.3. Критерии сертификации магистра консультирования по вопросам зависимостей

1. Консультант должен сдать экзамен Национальной сертификации консультантов (National Certified Counselor — NCC) перед подачей заявки на сертификацию в качестве магистра консультирования по вопросам зависимостей.
2. Консультант должен иметь как минимум 36 месяцев супервизии, 24 из которых должны следовать после окончания профессионального обучения.
3. Супервизию необходимо проходить практикующим специалистам, начиная со степени магистра (или выше) в области консультирования, психологии, психиатрии, брачной и семейной терапии или социальной работы, и не следует проходить консультантам на этапе подачи заявки на сертификацию.
4. Претенденту на сертификацию необходимо получить рекомендацию не связанного с ним коллеги со степенью магистра (или выше). Последний должен подтвердить, что считает претендента соответствующим критериям этического консультанта. Этот коллега не может быть руководителем консультанта и должен быть специалистом в области консультирования, психологии, психиатрии, брачной и семейной терапии или социальной работы.
5. Претендент на сертификат магистра консультирования по вопросам зависимостей должен иметь не менее 36 месяцев опыта в области консультирования по зависимостям, 24 из которых должны следовать после окончания повышения квалификации. Этот опыт должен включать по меньшей мере 20 часов в неделю на протяжении 36 месяцев.
6. Для получения сертификата магистра консультирования по зависимостям необходимо пройти 12–18-часовое обучение с защитой квалификационной работы. Обязательными являются кредиты по терминологии психоактивных веществ, аддиктологии и терапевтическим методам, которые необходимо получить в аккредитованном на уровне штата колледже или университете. Претендентам могут быть засчитаны 6–9 часов группового и/или семейного консультирования в общем количестве кредитов, необходимых для получения сертификата.
7. Претендентам, не защищавшим дипломных работ в рамках своих образовательных программ, могут быть засчитаны часы повышения квалификации в сфере консультирования по зависимостям (500 часов повышения квалификации за 12 семестровых часов или 42 часа повышения квалификации за каждый семестровый час).
8. Претенденты также должны сдать экзамен магистра консультирования по зависимостям (*Examination for Master Addiction Counselors — EMAC*), который состоит из 100 вопросов с несколькими вариантами ответов на каждый и охватывает темы оценивания, планирования и осуществления терапии, превентивных мер, группового и семейного консультирования, общей терминологии психоактивных веществ, специфической информации о психоактивных веществах, аддиктологии, медицинских и психологических аспектов зависимости, лечения зависимостей.

Таблица 4.4. Темы вопросов экзамена NAADAC

Тема	Охватываемая информация
Фармакология психоактивных веществ	Категории психоактивных веществ, их физиологическое и психологическое воздействие, симптомы отмены, взаимодействие между психоактивными веществами, их лечебное применение
Консультативная практика	Оценивание клиентов, терапевтическое планирование, консультирование, уход за пациентами, управление пациентами, обучение, непрерывное сопровождение, особые проблемы и специфические популяции
Теоретические основы	Поведенческие, когнитивные и аналитические теории зависимости, рост и развитие человека, семья и зависимости
Профессиональные вопросы	Законодательное регулирование профессионального поведения и этика

Источник: National Association for Alcoholism and Drug Abuse Counselors, 2013.

Приближается принятие национального стандарта и его согласования каждым штатом. Уже несколько лет обсуждается слияние Национальной сертификационной комиссии (*National Certification Commission — NCC*) и Международного консорциума по взаимной сертификации (*IC&RC*), а также членских организаций, таких как Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (*NAADAC*), Ассоциация специалистов по работе с зависимостями (*Association for Addiction Professionals — AAP*) и Общества сертифицированных специалистов по зависимостям (*Society of Credentialed Addiction Professionals — SCAP*). Эти ассоциации решили добиваться “унификации посредством объединения”, и мы надеемся, что со временем это приведет к стандартизации сертификации консультантов по зависимостям во всех штатах. Однако по состоянию на 2014 год эта цель еще не была достигнута (*Knopf, 2013*).

Лицензирование

Лицензирование является самой строгой формой профессионального регулирования (*Miller et al., 2010*). Исторически сложилось так, что лицензирование консультантов по зависимостям по своему уровню отставало от сертифицирования, но в последние годы ситуация изменилась. Например, если в 2003 году только шесть штатов лицензировали консультирование по зависимостям, сегодня большинство штатов требуют лицензирования такой деятельности (*Degree Directory, 2014*). В отличие

от сертификации, которая может быть предоставлена на национальном уровне (например, национальный сертифицированный консультант), каждый штат определяет свои требования к лицензированию. В целом, чтобы получить лицензию на деятельность в качестве консультанта по зависимостям, претендент должен сдать квалификационный экзамен, а затем пройти определенное количество часов супервизируемой последипломной практики (*Degree Directory, 2014*).

Требование последипломной супервизируемой практики состоит в том, чтобы: а) консультанты продолжали свое профессиональное развитие; б) работа менее опытных консультантов контролировалась для обеспечения благополучия клиентов; в) новый консультант соответствовал юридическим, этическим и профессиональным требованиям к профессии; г) претенденты на лицензирование имели необходимый уровень компетентности для самостоятельной практики (*Degree Directory, 2014*).

Различные штаты выдвигают к лицензированию свои требования (*Miller et al., 2010*). Например, в штате Колорадо принято трехуровневое сертифицирование консультантов. Консультанты по зависимостям, претендующие на получение лицензии, должны соответствовать следующим требованиям: а) иметь сертификат консультанта по зависимостям третьего уровня, выданный штатом Колорадо, и хорошую репутацию; б) иметь степень магистра в области социальных наук или эквивалентных программ; в) после окончания магистерской или докторской программы в течение последних пяти лет до подачи заявки на получение лицензии сдать либо экзамен магистра консультирования по зависимостям по стандартам Национальной ассоциации консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами (NAADAC), либо экзамен Международного консорциума по взаимной сертификации (IC&RC); г) в соответствии с законами штата Колорадо по состоянию на 1 июля 2004 года все претенденты на сертификацию, лицензирование или повышение квалификации должны пройти экзамен по правоведению, осуществляемый по почте (*Code of Colorado Regulations, 2010*).

Аккредитация

Аккредитацию проходят образовательные программы колледжей и университетов, которые обучают и подготавливают консультантов по зависимостям. Эта процедура не относится к индивидуальным консультантам, как сертификация и лицензирование. Процедуры аккредитации предназначены для обеспечения качества и стандартизации обучения для обеспечения академической подготовки консультантов по зависимостям (*Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs — SACREP, 2014*).

Путем аккредитации профессиональные организации определяют стандарты для подготовки специалистов по зависимостям. Например, стандарты аккредитации требуют от преподавателей обеспечивать студентам необходимое индивидуальное внимание. Стандарты аккредитации также гарантируют необходимое содержание и практическое наполнение обучающих программ, чтобы обеспечить базовые знания и компетентность выпускников. Аккредитационные органы проводят оценивание знаний и практических навыков выпускников, чтобы учебные программы соответствовали требованиям стандартов и критериев Совета по аккредитации программы подготовки консультантов и родственных образовательных программ (*CACREP, 2014*). Программы, соответствующие указанным стандартам или превосходящие их, проходят аккредитацию. Эти стандарты постоянно пересматриваются и обновляются, чтобы соответствовать потребностям профессии и клиентов. Стандарты Совета по аккредитации программы подготовки консультантов и родственных образовательных программ (*CACREP*) в настоящее время пересматриваются обновляются (*CACREP, 2014*).

Различные образовательные программы (например, реабилитации или резидентального консультирования) аккредитируются различными органами так же, как различные организации сертифицируют консультантов по зависимостям. Примеры аккредитующих органов включают Совет по аккредитации программы подготовки консультантов и родственных образовательных программ (*CACREP*) — для выпускных программ резидентального консультирования; Совет по реабилитационному образованию (*Council on Rehabilitation Education — CORE*) — для выпускных программ реабилитационного консультирования (примечание: в 2013 году произошло слияние *CACREP* и *CORE*) (*CACREP, 2014*); Американскую психологическую ассоциацию (*APA*) — для программ обучения психологии; Американскую ассоциацию брачной и семейной терапии (*American Association for Marriage and Family Therapy — AAMFT*) — для выпускных программ семейного консультирования. Стандартные аккредитованные магистерские программы включают в себя минимум два года очного обучения, в том числе 600 часов супервизируемой клинической практики (*Bureau of Labor Statistics, 2014*).

Вопросы лечения и проведения исследований

Существует много проблем, которые необходимо обсудить в контексте лечения клиентов с зависимостями. Этот раздел посвящен темам, связанным с финансированием управляемого медицинского обслуживания и лечения и оценке их результатов и эффективности.

Управляемое медицинское обслуживание, финансирование лечения и выплата компенсаций

Появление управляемого медицинского обслуживания изменило предоставление и администрирование здравоохранения в США (Cohen, Marecek, & Gillham, 2006). Управляемое медицинское обслуживание относится к любому типу интервенций, направленных на финансирование здравоохранения и сосредоточенных на устранении ненужного и лишнего ухода и сокращении издержек (Beattie, McDaniel, & Bond, 2006). Хотя система управляемого медицинского обслуживания была успешна в сокращении краткосрочных издержек, многие считают, что это было достигнуто ценой долгосрочных последствий для клиентов и специалистов (Jansson, Svikis, Velez, Fitzgerald, & Jones, 2007).

В литературе описано множество этических проблем, имеющих отношение к управляемому медицинскому обслуживанию. В основе этих проблем — сокращение расходов путем ограничения количества сессий, ограничение доступности поставщиков услуг здравоохранения, конфликты интересов, нарушение конфиденциальности и правил информированного согласия, отказ от клиента, принуждение к нарушению договоренностей с клиентом, обязательность диагностических процедур в соответствии с DSM (Haley & Carrier, 2010). Управляемое медицинское обслуживание часто диктует объем предлагаемых услуг и интервенций. Например, применение ряда эмпирически обоснованных терапевтических методик финансируется недостаточно, в то время как старые, менее эффективные и более дорогостоящие методы по-прежнему поддерживаются, например, “опиоидная детоксикация без предоставления последующего ухода” (Carroll, 2012, С. 1032).

Вследствие очевидности проблемы восстановления от зависимости, а также других медицинских проблем был принят Закон США о защите пациентов и доступности медицинской помощи (2010 год). Этот закон направлен на обеспечение доступа к услугам и улучшение координации при оказании помощи (Cousins, Antonini, & Rawson, 2012). Кроме того, Управление по злоупотреблению психоактивными веществами и психическому здоровью (SAMHSA) предложило так называемую “ориентированную на восстановление систему помощи” (*recovery-oriented system of care — ROSC*), обеспечивающую “согласованную систему реабилитации — индивидуализированной, позволяющей связать лечение с поддержкой сообщества и улучшающей качество жизни индивидуума” (Cousins et al., 2012, С. 326). Эти услуги не являются клиническими по своему характеру, но обеспечивают поддержку клиента в процессе восстановления.

Следует разобраться, как новая система медицинского обслуживания способствует восстановлению, эффективности программы, эффективности терапии и результативности с точки зрения клиента. Пока что данные исследования ROSC многообещающи; например, некоторые результаты показывают, что лица, участвующие в этой программе, демонстрируют более высокие показатели воздержания и долгосрочного восстановления. Некоторые результаты также показывают, что участники программы менее склонны к бродажничеству и перемене работы (*Cousins et al., 2012*).

Тем не менее исследователи отмечают и многочисленные трудности, например: а) не все учреждения предоставляют один и тот же пакет услуг ROSC либо предоставляют услуги не одинаковым образом, б) услуги оказывают специалисты разного уровня, от волонтера до профессионала; в) услуги ROSC не предлагаются всем нуждающимся в восстановлении одновременно (*Cousins et al., 2012*).

Еще одна проблема в работе специалиста по зависимостям — он не считается равным другим поставщикам медицинских услуг. Фишер и Харрисон (*Fisher & Harrison, 2005*) отмечают, что консультанты по зависимостям, как и другие консультанты, выступают за равнозначность проблем злоупотребления психоактивными веществами и психического здоровья, и Американское общество аддиктивной медицины (ASAM) сделало такой паритет своим высшим приоритетом (*Smith, Lee, & Davidson, 2010*). Этот паритет означает, что третья сторона (например, страховые компании и учреждения управляемого медицинского обслуживания) должны будут финансировать услуги как в области злоупотребления психоактивными веществами, так и в области психического здоровья (*Chi, Sterling, Weisner, 2006*). Поэтому профилактика употребления психоактивных веществ и аддиктивных состояний должна обеспечиваться так же, как и любая другая профилактика. Как указывают Смит и соавторы (*Smith et al., 2010*), “Закон о паритете психического здоровья и зависимости Пола Уэлстона и Пита Доменичи от 2008 года требует при лечении зависимостей и психического здоровья предоставлять льготы, эквивалентные при оказании других медицинских услуг — это касается также и финансовых потребностей и параметров лечения” (С. 121). Закон вступил в силу 1 января 2010 года и согласно его положениям программы медицинского страхования должны охватывать лечение психического здоровья и борьбу с зависимостями точно так же, как и лечение других болезней (*American Psychological Association, 2014*).

Оценка результатов и эффективность лечения

Как отмечалось ранее, наряду с консультированием и медициной, в аддиктологии также все шире распространяется лечение, основанное на эмпирически обоснованных методах (*Carroll, 2012; Najavits et al., 2011*). Профессиональные

ассоциации и государственные органы издали практические руководства и терапевтические алгоритмы, обеспечивающие работу соответствующих специалистов (Daley, Baker, Donovan, Hodgkins, & Perl, 2011; Fussell, Kunkel, McCarty, & Lewy, 2011; Horvath & Yeterian, 2012). Эмпирически обоснованные методы разрабатываются на основе клинических испытаний, обзоров надежных исследований и мнений экспертов (Najavits et al., 2011). В аддиктологии имеется ряд научно обоснованных терапевтических подходов. К ним относятся: а) когнитивно-поведенческая терапия; б) подкрепление со стороны сообщества; в) мотивационная терапия; г) методики 12 шагов; д) техники ситуационного управления; е) фармакологические интервенции; ж) системное лечение (Morgenstern & McKay, 2007; Najavits et al., 2011).

Аддиктология, развиваясь, включает в себя эмпирически обоснованные практики, однако по-прежнему существует ряд проблем, связанных с реализацией этих практик. Вот лишь некоторые из этих проблем: а) этические коллизии, возникающие при реализации практики; б) несогласие с подтверждающими данными, на основе которых разработаны некоторые терапевтические протоколы; в) слабая приверженность клинициста терапевтическим протоколам; г) сложность реализации; д) недоступность некоторых терапевтических руководств; е) отсутствие методической, консультативной, технической поддержки и супервизии; ж) трудности с изучением терапевтических протоколов; з) высокая стоимость реализации; и) отсутствие страховых компенсаций; к) озабоченность по поводу воздействия новой модели на существующую практику; л) недоверие некоторых клиентов к новой модели, их низкая приверженность ей (Carroll, 2012; Chapman, McCart, Letourneau, & Sheidow, 2013; Lundgren, 2011; Najavits et al., 2011; Rieckmann et al., 2011).

Еще одна проблема заключалась в разрыве между исследованиями и клинической практикой. Чтобы решить эту проблему, был создан альянс исследователей и практикующих аддиктологов. Этот альянс получил название Национальной клинической сети по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (*National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network — CTN*). Целью этой организации является не только исследование эффективности существующих терапевтических методов, но и разработка и эмпирическое подтверждение новых (Rieckmann et al., 2011). Например, CTN в рамках масштабного исследования сотрудничает с множеством лечебных учреждений, где осуществляется разработка новых поведенческих интервенций с последующим сравнением эффективности индивидуального и группового форматов консультирования с программой поддержки 12 шагов (Daley et al., 2011). Выбор типа интервенции был обусловлен вышеупомянутыми опасениями по поводу эмпирически обоснованных практик и зависел от экономической эффективности, полезности интервенции для лечебного учреждения, ожидаемых результатов и эмпирической поддержки (Daley et al., 2011). Другая часть этого исследовательского проекта заключалась в том,

что консультанты обучались работе в соответствии с новым терапевтическим протоколом при необходимой супервизии, чтобы обеспечить стандартизацию практик и поддержки их клиентами (Daley et al., 2011; Fussell et al., 2011). Это обучение было признано решающим для внедрения нового протокола (Lundgren et al., 2011). Поэтому важным новым направлением аддиктологии является акцент на “клинически значимых результатах пациентов” и на убеждении в том, что обучение и поддержка консультантов работе с новыми терапевтическими протоколами будет способствовать принятию эмпирически обоснованных методов (Lundgren et al., 2011). В течение последних нескольких лет сообщается о росте количества практикующих специалистов, которые работают в соответствии с хотя бы одним эмпирически обоснованным протоколом (Carroll, 2012).

Хотя такие исследования воспринимаются как прогресс в этой области, они не лишены проблем. Трудности при проведении таких совместных исследований следующие: а) не все учреждения одинаково обеспечены ресурсами и имеют необходимое количество клиентов (например, некоторые работают с застрахованными или состоятельными клиентами, а другие обслуживают незастрахованных или несостоятельных клиентов); б) такие исследования основаны на кооперации и координации между множеством специалистов в разных городах или штатах; в) достаточно трудно обеспечить стандартизацию терапевтических протоколов в каждом из штатов; г) подготовка по внедрению протокола и сбор данных требуют много времени и сил (Fussell et al., 2011).

В любом случае очевидно, что для обоснования результативности интервенций необходимы более эффективные эмпирические исследования. Многие организации двигаются в этом направлении. Например, в 2006 году на основе директив Американской психологической ассоциации была разработана эмпирически обоснованная практика в психологии, целью которой было удовлетворение культурных потребностей клиентов при оказании им услуг, улучшение коммуникации с клиентами и пропаганда среди них преимуществ лучших практик (La Roche & Christopher, 2009).

Будущие тенденции

Позитивная психология

Некоторые специалисты все чаще призывают в лечении клиентов с зависимостями отказаться от навешивания ярлыков и подхода патологии, заменив его подходом, основанным на благополучии и позитивной психологии. Позитивная психология сосредоточена на сильных сторонах клиента, поддерживая его на протяжении всей жизни и разделяя убеждение, что не существует единственного способа достичь трезвости и восстановления (Krentzman, 2013).

Единство среди групп самопомощи

Вместо того чтобы прилагать усилия по одиночке, работая параллельно, все больше групп самопомощи объединяют свои силы и ресурсы, включая пропаганду своего подхода среди широкой общественности (Krentzman, 2013). Результатом такого сотрудничества стала кооперация между Faces and Voices of Recovery (“Лица и голоса реабилитации”) и Ассоциацией реабилитационных общественных организаций (Krentzman, 2013).

Реорганизация

На фоне многочисленных споров и по просьбе Конгресса США в 2011 году было решено объединить Национальный институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (NIAA) и Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (NIDA) в Национальном институте по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и зависимостям. Считается, что структура новой организации может оптимизировать сильные и минимизировать слабые стороны двух организаций, объединив возможности последних в отношении привлечения грантов, исследовательских усилий и специализации (Johnson et al., 2011; Roizen, 2013).

Итоги и заключительные замечания

В этой главе были рассмотрены вопросы, связанные с компетентностью консультантов, сертификацией, лицензированием, аккредитацией, управляемым медицинским обслуживанием и финансированием лечения, оценкой результатов и эффективности лечения. Все, что обсуждалось в этой главе — это общие категории, имеющие отношение к аддиктологии. Студентам и практикующим специалистам, которые работают с клиентами, страдающими от проблемы употребления психоактивных веществ и аддиктивных состояний, следует продолжать изучать эти проблемы. Ниже приведены некоторые полезные сайты, которые могут в этом помочь.

Посетите сайт MyCounselingLab, посвященный этой книге, где вы сможете улучшить свои навыки с помощью видеоуроков и упражнений на основе реальных клинических случаев. Вы найдете наборы вопросов, которые помогут вам подготовиться к экзаменам. Кроме того, вас ждет видеотека с записями консультационных сессий, этических сценариев и интервью с клиентами.

Полезные ресурсы

Приведенные ниже веб-сайты предлагают дополнительную информацию по темам, рассмотренным в данной главе.

Alcoholics Anonymous (Анонимные алкоголики)

www.aa.org

Avoiding Exploitive Dual Relationships: A Decision-Making Model (Предотвращение двойных взаимоотношений эксплуатирующего типа: модель принятия решений)

kspeope.com/dual/gottlieb.php

Commission on Rehabilitation Counselor Certification (Сертификационная комиссия консультантов по реабилитации)

www.crccertification.com/

Ethical Decision Making and Dual Relationships (Принятие этических решений и двойные взаимоотношения)

kspeope.com/dual/younggren.php

International Association for Addiction and Offender Counselors (IAAOC) (Международная ассоциация консультантов по проблемам зависимостей и правонарушений)

www.iaaoc.org/

International Certification Reciprocity Consortium (IC & RC) (Международный консорциум взаимной сертификации)

internationalcredentialing.org/about

National Addiction Studies Accreditation Commission (NASAC) (Национальная комиссия по аккредитации обучения в области зависимостей)

<http://nasacaccreditation.org/>

Narcotics Anonymous (NA) (Анонимные наркоманы)

www.na.org

National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors (NAADAC) (Национальная ассоциация консультантов по алкоголизму и злоупотреблению другими психоактивными веществами)

naadac.org/

National Board for Certified Counselors (NBCC) (Национальный реестр сертифицированных консультантов)

www.nbcc.org/

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (Национальный институт по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма)

www.niaaa.nih.gov/

National Institute of Drug Abuse (Национальный институт по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами)

www.nida.nih.gov/

Nonsexual Multiple Relationships: A Practical Decision-Making Model for Clinicians (Несексуальные множественные взаимоотношения: практическая модель принятия решений для клиницистов)

kspope.com/site/multiple-relationships.php

SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) (Национальный реестр эмпирически обоснованных программ и практик Управления по вопросам злоупотребления психоактивными веществами и психическому здоровью)

www.nrepp.samhsa.gov/

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (в составе департамента здравоохранения и социальных служб США))

www.samhsa.gov/index.aspx

Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США): разъяснение конфиденциальности

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/index.html

Литература и источники

1. Acri, M. C., Gogel, L. P., Pollock, M., & Wisdom, J. P. (2012). What adolescents need to prevent relapse after treatment for substance abuse: A comparison of youth, parent, and staff perspectives. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 21(2), 117–129.
2. Alcoholics Anonymous. (2013). A.A. Guidelines: For A.A. members employed in the alcoholism field. Взято из: http://aa.org/lang/en/en_pdfs/mg-10_foraamembers.pdf.
3. Alcoholics Anonymous. (2014). Welcome to alcoholics anonymous. Взято из: <http://www.aa.org/lang/en/catalog.cfm?origpage=18&product=8>.
4. American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.

5. American Psychiatric Association. (2013). DSM 5 development: Substance-related and addictive disorders. Взято из: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
6. American Psychological Association. (2014). Mental health parity and addiction equity act. Взято из: <http://www.apa.org/news/press/releases/2014/05/mentalhealth-coverage.aspx>.
7. Barber, J. G. (1995). Working with resistant drug abusers. *Social Work*, 40(1), 17–23.
8. Barrick, C., & Homish, G. C. (2011). Readiness to change and training expectations prior to a training workshop for substance abuse clinicians. *Substance Use and Misuse*, 46, 1032–1036.
9. Beattie, M., McDaniel, P., & Bond, J. (2006). Public sector managed care: A comparative evaluation of substance abuse treatment in three counties. *Addiction*, 101, 857–872.
10. Bina, R., Hall, D. M. H., Mollete, A., Smith-Osborne, A., Yum, J., Sowbel, L., & Jani J. (2008). Substance abuse training and perceived knowledge: Predictors of perceived preparedness to work in substance abuse. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 7–20.
11. Bissell, L., & Royce, J. E. (1994). *Ethics for addiction professionals* (2nd ed.). Center City, MN: Hazelden Information and Education.
12. Brys, S. (2013, October 14). Live from the NAADAC: Trends for addiction professionals. *Addiction Professional*. Взято из: <http://www.addictionpro.com/blogs/shannon-brys/live-naadac-trends-addiction-professionals>.
13. Bureau of Labor Statistics. (2014). Substance abuse and behavioral disorder counselors. Взято из: <http://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/substance-abuse-and-behavioral-disorder-counselors.htm>.
14. Carroll, K. M. (2012). Dissemination of evidence-based practices: How far we've come, and how much further we've got to go [Editorial]. *Addiction*, 107, 1031–1033.
15. Chapman, J. E., McCart, M. R., Letourneau, E. J., & Sheidow, A. J. (2013). Comparison of youth, caregiver, therapist, trained, and treatment expert raters of therapist adherence to a substance abuse treatment protocol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 674–680.
16. Chandler, N., Balkin, R. S., & Perepiczka, M. (2011). Perceived self-efficacy of licensed counselors to provide substance abuse counseling. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 32, 29–42.
17. Chasek, C. L., Jorgensen, M., & Maxson, T. (2012). Assessing counseling students' attitudes regarding substance abuse and treatment. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 33, 107–114.
18. Chi, F. W., Sterling, S., & Weisner, C. (2006). Adolescents with co-occurring substance use and mental conditions in a private managed care health plan:

- Prevalence, patient characteristics, and treatment initiation and engagement. *American Journal on Addiction*, 15, 67–79.
19. Code of Colorado Regulations. (2010). Addiction counselor certification and licensure rules. Взято из: http://www.caap.us/images/pdf/dbh_dora/CAC%20rules%20WORD%2009-01-10.pdf.
 20. Cohen, J., Marecek, J., & Gillham, J. (2006). Is three a crowd? Clients, clinicians, and managed care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 251–259.
 21. Counsel for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs. (2014). Accreditation. Взято из: <http://www.cacrep.org/template/index.cfm>.
 22. Counselor License Resources. (2014). What are addiction counselors? Взято из: <http://www.counselorlicense.com/careers/addiction-counselor.html>.
 23. Cousins, S. J., Antonini, V. P., & Rawson, R. A. (2012). Utilization, measurement, and funding of recovery supports and services. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(4), 325–333.
 24. Cridland, E. K., Deane, F. P., Hsu, C., & Kelly, P. J. (2012). A comparison of treatment outcomes for individuals with substance use disorder alone and individuals with probable dual diagnosis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(5), 670–683.
 25. Daley, D. C., Baker, S., Donovan, D. M., Hodgkins, C. G., & Perl, H. (2011). A combined group and individual 12-step facilitative intervention targeting stimulant abuse in the NIDA clinical trials network: Stage-12. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 6, 228–244.
 26. Daughetee, C., Puleo, S., & Thrower, E. (2010). Scaffolding of continuing competency as an essential element of professionalism. *Alabama Counseling Association Journal*, 36(1), 15–22.
 27. Davis, S. J., Sneed, Z. B., & Koch, D. S. (2010). Counselor trainee attitudes toward alcohol and other drug use. *Rehabilitation Education*, 24(1), 35–42.
 28. Degree Directory. (2014). What education is required to become an addiction counselor? Взято из: <http://degreedirectory.org/>.
 29. Doukas, N., & Cullen, J. (2010). Recovered addicts working in the addiction field: Pitfalls to substance abuse relapse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(3), 216–231.
 30. Dow, S. J., & Kelly, J. F. (2013). Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1122–1131.
 31. Doyle, K. (2005). Substance abuse counselors in recovery: Implications for the ethical issue of dual relationships. *Journal of Counseling and Development*, 75, 428–432.
 32. El-Guebaly, N., & Violato, C. (2011). The international certification of addiction medicine: Validating clinical knowledge across borders. *Substance Abuse*, 32, 77–83.

33. Fahy, A. (2007). The unbearable fatigue of compassion: Notes from a substance abuse counselor who dreams of working at Starbucks. *Clinical Social Work Journal*, 35, 19–205.
34. Fisher, G. L., & Harrison, T. C. (2005). *Substance abuse: Information for school counselors, social workers, therapists, and counselors* (3rd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
35. Fussell, H. E., Kunkel, L. E., McCarty, D., & Lewy, C. S. (2011). Standardized patient walkthroughs in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network: Common challenges to protocol implementation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(5), 434–439.
36. Gonzales, R., Anglin, M., Beattie, R., Ong, C., & Glik, D. C. (2012). Understanding recovery barriers: Youth perceptions about substance use relapse. *American Journal of Health Behavior*, 36(5), 602–614. doi:10.5993/AJHB.36.5.3
37. Haley, M., & Carrier, J. W. (2010). Psychotherapy groups. In D. Capuzzi, D. Gross, & M. Stauffer (Eds.), *Introduction to group work* (5th ed.). Denver CO: Love Publishing Company.
38. Hickling, F. W. (2012). Understanding patients in multicultural settings: A personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice. *Ethnicity and Health*, 17(1–2), 203–216.
39. Hoge, M. A., Huey, L. Y., & O'Connell, M. J. (2004). Best practices in behavioral health workforce education and training. *Administration and Policy in Mental Health*, 32(2), 90–106.
40. Horvath, A. T., & Yeterian, J. (2012). SMART recovery: Self-empowering, science-based addiction recovery support. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 7, 102–117.
41. Huber, G. L., & Mahajan, V. K. (2008). Successful smoking cessation. *Disease Management & Health Outcomes*, 16(5), 335–343.
42. International Certification and Reciprocity Consortium. (2014). Credentialing 101. Взято из: <http://internationalcredentialing.org/valuecred>.
43. Jansson, L. M., Svikis, D. S., Velez, M., Fitzgerald, E., & Jones, H. (2007). The impact of managed care on drugdependent pregnant and postpartum women and their children. *Substance Use and Misuse*, 42, 961–974.
44. Johnson, B. A., Messing, R. O., Charness, M. E., Crabbe, J. C., Goldman, M. S., Harris, R. A., Kranzler, H. R., ... Thomas, J. D. (2011). Should the reorganization of addiction-related research across all the National Institutes of Health be structural? — The Devil is truly in the details. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(4), 572–580.
45. Jones, K. D., Gill, C., & Ray, S. (2012). Review of the proposed DSM-5 substance use disorder. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 33, 115–123.
46. Knopf, A. (2013, April 30). NAADAC, IC&RC to collaborate for survival of the field. *Addiction Professional*. Взято из: <http://www.addictionpro.com/article/naadac-icrc-collaborate-survival-field>.

47. Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 151–165.
48. La Roche, M. J., & Christopher, S. (2009). Changing paradigms from empirically supported treatment to evidence based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 396–402.
49. Langås, A., Malt, U., & Opjordsmoen, S. (2011). Substance use disorders and comorbid mental disorders in firsttime admitted patients from a catchment area. *European Addiction Research*, 18(1), 16–25.
50. Leykin, Y., Cucciare, M. A., & Weingardt, K. R. (2011). Differential effects of on-line training on job-related burnout among substance abuse counsellors. *Journal of Substance Use*, 16(2), 127–135.
51. Linton, J. M. (2012). Ethics and accreditation in addiction counselor training: Possible field placement issues for CACREP-accredited addiction counseling programs. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 33(1), 48–61.
52. Luger, L. (2011). Enhancing cultural competence in staff working with people with drug and alcohol problems — A multidimensional approach to evaluating the impact of education. *Social Work Education*, 30(2), 223–235.
53. Lundgren, L., Amodeo, M., Krull, I., Chassler, D., Weidenfeld, R., de Saxe Zerden, L., Gowler, R., ... Beltrame, C. (2011). Addiction treatment provider attitudes on staff capacity and evidence-based clinical training: Results from a national study. *The American Journal of Addiction*, 20, 271–284.
54. Madden, T. E., Graham, A. V., Lala, S., Strausner, A., Saunders, L. A., Schoener, E., Henry, R., ... Brown, R. L. (2008). Interdisciplinary benefits in project MAINSTREAM: A promising health professions educational model to address global substance abuse. *Journal of Interprofessional Care*, 20(6), 655–664.
55. Martin, C., Godfrey, M., Meekums, B., & Madill, A. (2011). Managing boundaries under pressure: A qualitative study of therapists' experiences of sexual attraction in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 248–256.
56. Matthews, H., Kelly, P. J., & Deane, F. P. (2011). The dual diagnosis capability of residential addiction treatment centers: Priorities and confidence to improve capability following a review process. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 195–199.
57. Miller, G., Scarborough, J., Clark, C., Leonard, J. C., & Keziah, T. B. (2010). The need for national credentialing standards for addiction counselors. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 30, 50–57.
58. Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102, 1377–1389.
59. Myers, P. L. (2011). Organizational breakthrough in addiction during 2011. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10, 273–274.
60. Najavits, L. M., Kivlahan, D., & Kosten, T. (2011). A national survey of clinicians' views of evidence-based therapies for PTSD and substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 19(2), 138–147.

61. National Association for Alcoholism and Drug Abuse Counselors. (2011a). Addiction professional career ladder and scope of practice. Взято из: <http://www.addictioncareers.org/addictioncareers/resources/documents/PEP11-SCOPES.pdf>.
62. National Association for Alcoholism and Drug Abuse Counselors. (2011b). Ethical standards of alcoholism and drug abuse counselors. Взято из: http://naadac.org/assets/1959/naadac_code_of_ethics_brochure.pdf.
63. National Association for Alcoholism and Drug Abuse Counselors. (2013a). Certification: Guide to NCC AP credentials. Взято из: <http://www.naadac.org/certification>.
64. National Association for Alcoholism and Drug Abuse Counselors. (2013b). *Re-credentialing*. Взято из: <http://www.naadac.org/re-credentialing>.
65. National Association of Addiction Professionals. (2013). *Code of ethics*. Взято из: <http://www.naadac.org/code-of-ethics>.
66. National Board of Certified Counselors. (2014). *Masters addiction counselor credential*. Взято из: <http://www.nbcc.org/Specialties/MAC>.
67. National Institute on Drug Abuse. (2010). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses*. Взято из: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>.
68. Olthuis, J. V., Darredeau, C., & Barrett, S. P. (2013). Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Review*, 32, 67–71.
69. Oser, C. B., Biebel, E. P., Pullen, E., & Harp, K. H. (2013). Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: A rural versus urban comparison. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 17–27.
70. Pilkinton, M., & Cannatella, A. (2012). Nonmedical use of prescription stimulants: Age, race, gender, and educational attainment patterns. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(4), 409–420.
71. Pope, K. S., & Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: Making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 64(5), 638–652.
72. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Melbourne, FL: Krieger
73. Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., Cohen, F. C., Gomes, S. O., Laforge, R. G., & Eastwood, A. L. (2004). The transtheoretical model of change for multi-level interventions for alcohol abuse on campus. *Journal of Drug & Alcohol Education*, 47, 34–50.
74. Rieckmann, T., Farentinos, C., Tillotson, C. J., Kocarnik, J., & McCarty, D. (2011). The substance abuse counseling workforce: Education, preparation, and certification. *Substance Abuse*, 32, 180–190.
75. Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of therapy*. London, England, UK: Constable.

76. Roizen, R. (2013, April 13). *Reflections on the Scheduled NIAAA/NIDA Merger*. Взято из: <http://pointsadhsblog.wordpress.com/2012/04/13/reflections-onthe-niaaanida-merger-part-2/>.
77. Saitz, R., Sullivan, L. M., & Samet, J. H. (2000). Training community-based clinicians in screening and brief interventions for substance abuse problems: Translating evidence into practice. *Substance Abuse*, 21(1), 21–31.
78. Smith, D. E., Lee, D. R., & Davidson, L. D. (2010). Health care equality and parity for treatment of addictive disease. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 121–126.
79. Steenrod, S. A., & van Bael, M. (2010). Substance abuse education: Perceived competence of field instructors on substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addiction*, 10(4), 363–376.
80. Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., ... Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from the 10-year follow-up of the *National Comorbidity Survey*. *Addiction*, 105(6), 1117–1128.
81. Tontchev, G. V., Housel, T. R., Callahan, J. F., Kunz, K. B., Miller, M. M., & Blondell, R. D. (2011). Specialized training on addiction for physicians in the United States. *Substance Abuse*, 32, 84–92.
82. Unger, J. B. (2012). The most critical unresolved issues associated with race, ethnicity, culture, and substance use. *Substance Use and Misuse*, 47(4), 390–395.
83. U.S. Department of Health and Human Services. (2013). *National survey on drug use and health: Summary of national findings*. Взято из: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2012SummNatFindDetTables/NationalFindings/NSDUHresults2012.htm>.
84. Venner, K. L., Greenfield, B. L., Vicuña, B., Muñoz, R., Bhatt, S. S., & O’Keefe, V. (2012). “I’m not one of them”: Barriers to help-seeking among American Indians with alcohol dependence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 18(4), 352–362.
85. Wallace, S., Lee, J., & Lee, S. (2010). Job stress, coping strategies, and burn-out among abuse-specific counselors. *Journal of Employment Counseling*, 47(3), 111–122.
86. Wells, K. M., & Wells, T. D. (2007, Spring). Preventing relapse after weight loss. *American Medical Athletic Association Journal*, 5–16.
87. West, P. L., & Hamm, T. (2012). A study of clinical supervision techniques and training in substance abuse treatment. *Journal of Addiction and Offender Counseling*, 33, 66–81.
88. White, W. L. (2008). Alcohol, tobacco, and other drug use by addictions professionals: Historical reflections and suggested guidelines. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 500–535.
89. Whitley, C. E. M. (2010). Social work clinical supervision in the addiction: Importance of understanding professional culture. *Journal of Social Work Practice in the Addiction*, 10, 343–362.