

ПСИХОДРАМА КАК МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Р.Д. Миназов

Клиника "Инсайт", Казань

Психотерапия занимает важное место в лечении и реабилитации больных с психической дезадаптацией, что позволяет учитывать как клинические и индивидуально-психологические, так и культурные, семейные и духовные факторы этиологии и патогенеза психических расстройств (Николаев Е.Л., 2005а, 2005б, 2006; Сулова Е.С., Николаев Е.Л., 2006).

В этом плане не являются исключением больные с зависимостями, в том числе больные с наркотической зависимостью (наркозависимые). По данным исследователей, наркозависимые обладают высоким, но не реализующимся творческим потенциалом (Максимова С.В., 2006). Это является еще одним мотивом для изучения места психодрамы в реабилитации наркозависимых. Тем не менее были единичные попытки использования ролевых игр у пациентов с алкогольной зависимостью (Даренский И.Д., 2005). К сожалению, они проходили в жесткой и директивной форме с запретом на проявление некоторых чувств и эмоций. Протагонисты выбирались психотерапевтом, который в то же время занимал отстраненную позицию. Мы основывались на традиции классической психодрамы, где решающую роль играет спонтанность самого психотерапевта, и учитывали особенности психотерапии в эпоху постмодерна с ориентировкой на эклектизм и интегративные принципы (Blatner А., 2005, Горностай П.П., 2004; Николаев Е.Л., 2005а).

Для достижения целей и задач реабилитации наряду с когнитивно-поведенческой и семейной психотерапией возможно применение психодрамы. Преимущества этого метода заключаются в том, что психодраматические сессии не содержат формального анализа, а символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента (Кулаков С.А. с соавт., 2006). Важно отметить, что сценическое

представление способствует вынесению внутренних образов на психодраматическое пространство (экстернализация) (Барц Э., 1997; Холмс П. с соавт., 1997). А сами реабилитанты с удовольствием отзываются на возможность эмоциональной разрядки, поскольку переполнены различными аффектами (в основном аффекты мстительности).

Психодрама – это метод психотерапии, в котором клиенты продолжают и завершают свои действия посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Используется как вербальная, так и невербальная коммуникация. Разыгрывается несколько сцен, изображающих, например воспоминания о специфических событиях прошлого, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии, сны, подготовка к предстоящим ситуациям с возможным риском или непроизвольные проявления психических состояний "здесь и сейчас". Эти сцены либо приближены к реальной жизненной ситуации, либо выводят наружу внутренние ментальные процессы. Если требуется, другие роли могут взять на себя члены группы или неодушевленные объекты. Используется множество техник – обмен ролями, дублирование, техника зеркала, конкретизация, максимизация и монолог. Обычно можно выделить следующие фазы психодрамы: разогрев, действие, проработка, завершение и шеринг (Келлерман П.Ф., 1998).

Основные задачи психодраматической терапии, такие, как высвобождение спонтанности, ее конструктивное направление, обогащение и гармонизация ролевого репертуара, проработка ролевых конфликтов различного типа с целью личностной интеграции, решаются через организованное групповое терапевтическое действие, стержнем которого является ролевая игра в форме, близкой театральной (Лейтц Г., 2007).

Основные формы психодрамы:

1. Психодрама, центрированная на протагонисте или на индивиде. Ориентированная на протагониста психодрама, как говорит уже само название, концентрируется на протагонисте, который в психодраматической игре изображает реальную или воображаемую ситуацию из своей жизни.
2. Психодрама, центрированная на теме. Используется, когда на психодраматическом занятии нет актуального группового

конфликта или мотивированного протагониста, как это нередко бывает в новых группах, но всегда находится тема, затрагивающая всех членов группы, которая должна быть проиллюстрирована каждым из них через изображение соответствующих событий. В реабилитации часто приходится работать над следующими темами: "срыв", "конфликт сепарации-индивидуации", "конфликт с родственниками", "диалог с болезнью", "обида", "вина перед значимым объектом", "зависть", "ненависть к объекту", "зависимость от объекта" и ряд других тем.

3. Психодрама, направленная на группу. Осуществляется в виде психодрамы, центрированной на протагонисте. Характерной особенностью является терапевтическая работа с проблемой, затрагивающей всех членов группы. Такой проблемой в группе аддиктов может быть встреча с "действующим" наркоманом, беседа с семьей после выписки или эротические переносы в отделении и т.д.

Основные фазы психодрамы: в классической психодраме описываются три фазы: разогрев (разминка), собственно действие (игра) и обмен чувствами или шеринг (от английского *to share* – делиться).

Разогрев. Разогрев может быть определен как процесс активизации членов группы для участия в предстоящем действии. Поскольку склонность к регрессии является доминирующей характеристикой аддиктивной группы (Ветюгов В.В., 2006), то разогрев проходит легко и спонтанно. Разогрев может быть как метафорическим (Линде Н.Д., 2004; Лиманцев В.В., 2006), так и с использованием различных предметов, кукол (Романова И.Е., 2007). Лебедева Л.Д. (2007) описывает применение в качестве разогрева техники "Семейный круг". В литературе описываются случаи использования футуропрактики (Долгополов Н.Б., 2005). Например: "Представьте свое настоящее и будущее в виде символов, представлений или рисунка".

Психодраматическое действие. Стадия психодраматического действия обычно начинается с того, что ведущий просит протагониста определить сценическое пространство и приглашает его на сцену (Лейтц Г., 2008). Вслед за фокусировкой проблемы протагонисту предлагают вспомнить ситуацию из собст-

венного опыта, с ней соотносимую. Чаще всего это оказывается реальная ситуация из недавнего прошлого, но это может быть сон, фантазия или метафора. После краткого обозначения ситуации или по ходу рассказа о ней протагониста просят приступить к ее постановке. Для этого он с помощью условного реквизита организует пространство, воссоздавая значимые элементы ситуации (это может быть, например, комната, в которой происходят события, и ее обстановка), и вводит действующих лиц (которыми могут быть не только люди, но и животные, вещи, чувства, фантастические персонажи, зависящие от содержания сцены). На данном этапе используются следующие психодраматические техники: обмен ролями, дублирование, зеркало, множественное дублирование (Морено З.Т., 2003). Некоторые авторы указывают на возможность включения культурных традиций в проведение психодрамы (Molina Bogusia et al., 2005). К примеру, использование национальных костюмов или масок для участия и проигрывания в ролях позволят более точно сконструировать психодраматическое пространство, тем более что необходимо учитывать культурные традиции каждого индивида в ходе групповой психотерапии (Macmaster S.A., 2005). Поскольку для наркозависимых характерен низкий уровень эмпатии, с которой тесно связана коммуникативная компетентность (Зенцова Н.И. с соавт., 2008), важным этапом является поведенческое научение в психодраматическом действии (Ромек В.Г., 2002).

Завершение или шеринг. Финал успешной психодраматической сессии часто включает подходящую сцену, которая окончательно завершает драму. Такая сцена обычно называется сценой завершения и имеет особое значение для концептуализации терапевтического процесса психодрамы. Д. Киппер (1993) описал многочисленные примеры завершающих сцен.

Такое разрешение важно не только для протагониста, но и для вспомогательных лиц, группы и самого директора. Вспомогательные лица могут осуществить завершение выступлением из роли и деролингом (выходом из роли). Для группы заключение нередко происходит как идентификация и обсуждение аспектов фазы шеринга. Одна из целей сцены завершения состоит в том, чтобы закончить психодраму позитивно. Когда завершение от-

сутствует или сделано неудовлетворительно, протагонист и группа остаются с ощущением неприятного беспокойства (Шутценбергер А.А., 2007; Кулаков С.А., 2007).

Терапевтические факторы психодрамы:

1. Катарсис. Он отражает две фазы процесса психодрамы:
 - высвобождение и облегчение (катарсис)
 - интеграцию и упорядочение (проработка).
2. Инсайт в действии. *Инсайт (insight – букв. "взгляд внутрь")* традиционно считался важным фактором, вызывающим излечение. По мнению участников психодрамы, достижение самопонимания помогает больше, чем другие факторы. Процесс получения этого понимания назывался по-разному. Однако называется ли он самоактуализацией, превращением бессознательного в сознательное, просветлением, озарением или инсайтом, большинство психотерапевтов сходятся на том, что он дает пациентам понимание себя, своих трудностей и того, как они возникают, и что в этой ситуации можно изменить. Инсайт в действии можно определить как интеграцию эмоционального, когнитивного, поведенческого, межличностного и воображаемого обучающего опыта. Он достигается только во время действия, когда приходится двигаться, стоять смирно, "тянуть и толкать", издавать звуки, жестиковать и произносить слова – иначе говоря, осуществлять коммуникацию посредством языка действия.
3. Отыгрывание в действии. В психодраме термин "отыгрывание в действии" означает постановку, разыгрывание, и включает в себя следующие компоненты:
 - проживание, разыгрывание с помощью движений;
 - отреагирование (вентиляция чувств);
 - повторное переживание, воплощение в действии прошлого события или опережающее переживание, воплощение в действии события будущего, как если бы оно происходило "здесь и сейчас";
 - извлечение внутренней реальности во внешний мир;
 - невербальная коммуникация, спонтанное использование "языка действий";
 - все действия, проявившиеся на психодраматической сцене.

4. "Сверхреальность". Психодрама применяет "как будто" во многих направлениях. Главная функция "как будто" в психодраме состоит в том, чтобы работать со стрессовыми моментами жизни, замещая их в защищенном мире воображаемого. Участников поощряют к отходу от испытания реальностью и удалению на время из окружающей действительности. Экспериментируя с некоторыми новыми измерениями реальности, участники строят мир в соответствии со своими спонтанно возникающими идеями. Парадоксальным образом эта процедура помогает человеку одновременно отрицать и утверждать окружающую реальность (Фридман Дж., Комбс Дж., 2001).
5. Сопротивление. Существует множество способов не быть вовлеченными в психодраматический процесс. Выражение одного чувства, например веселья, может служить защитой от другого чувства, например печали. Равнодушие нередко является заместительным избеганием вовлечения во что-либо. Протагонист, сопротивляющийся в психодраме, сообщает, что он "не готов играть, не будет раскрываться на группе". Люди могут сопротивляться пассивным или активным способом, выражая свое нежелание мягко и неявно ("Мне нечего сказать...") или более директивно ("Этот метод не для меня!"). Практика показывает, что наркозависимые используют более примитивные способы психологической защиты (отрицание, вытеснение, проекция и др.). R. Waska (2007) описывает проективную идентификацию, как один из видов психологической защиты у наркозависимых, который является способом общения и примитивной формой объектных отношений.

Психодрама является одним из старых методов среди 29, представленных в комитете модальностей психотерапии. Интегративные тенденции в психотерапии коснулись и психодрамы. На страницах киевского журнала "Психодрама и современная психотерапия" можно встретить статьи, отражающие интеграцию психодрамы с экзистенциальным анализом, транзактным анализом, мифодрамой (Горностай П.П., 2005; Долгополов Н.Б., 2005; Ефимова И.Н., 2004).

С методом психодрамы очень хорошо сочетались теория объектных отношений, аналитическая психология, кататимная психотерапия или символдрама, арт-терапия и арт-анализ (Семилет Н.В., 2003; Кулаков С.А. с соавт., 2006). Объединение психодрамы с экзистенциальным анализом подчеркивало ее традиционную принадлежность к экзистенциально-гуманистическому направлению. Психодрама также служит дополнением к семейной психотерапии (индивидуальная работа с "детской подсистемой"). Тип воспитания в родительской семье зависимого от наркотиков в 40 % случаев носит характер "предпочтения в подростковом детстве качеств", при котором ему приписывают личную и социальную несостоятельность, в 26 % случаев воспитание носит характер "отвержения", при котором не учитывается индивидуальность подростка (Михайлов С.В., 2006). Не удивительно, что пациенты часто выбирали для проигрывания и раскрытия в психодраматической группе различные семейные конфликты. Именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, явившиеся своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (Николс М., Шварц Р., 2004; Черников А.В., 2001).

Психодрама имеет свою теоретическую базу: теорию креативности и спонтанности, теорию ролей и ролевого развития, на которых строится психодраматическая теория личности (Блатнер А., 2003). Психодраматическая теория ролей оперирует максимально приближенными к жизни понятиями, что дает широкие возможности для абстрагирования (Морено Я.Л., 2008).

Интегративный подход (полиmodalность, мультимодальность) предлагает эклектический подход к лечению – разные методы для разных людей. Приверженцы мультимодального подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом (Макаров В.В., 2007). Изолированное использование семейной, когнитивной психотерапии, психодрамы направлено на один или несколько аспектов, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимально широкого воздействия. Поэтому мы вслед за А. Блатнером, считаем психодраму мультимодальной психотерапией (Blatner A., 2005).

Оценка эффективности психодрамы. Психотерапия содержит много гипотетических предположений, которые трудно подвергнуть экспериментальному подтверждению. В основном это связано с тем, что межличностные отношения, на которых основана психотерапия, включают различные переменные, с трудом поддающиеся измерению. Стандартных критериев успешности лечения не существует вообще. До сих пор каждая исследовательская группа создает собственные критерии и процедуры измерения (Кэхеле Х., Казанская А., 1996). Следовательно, к изучению психотерапии трудно применить точные принципы, на которых основан научный метод, а именно не предвзятый сбор фактов и информации, формулирование разумных гипотез, сохранение объективности, проверка открытий и дублирование результатов. В большей части описание психотерапевтических техник отражает личные ценности и убеждения исследователя.

Однако можно сказать, что в целом психотерапия зарекомендовала себя как эффективный метод лечения (Люборски Л., 2003). Одной из косвенных причин существования различных моделей и методов психотерапии является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими (Карвасарский Б.Д. с соавт., 2006).

Американский психиатр L. Wolberg еще в 1977 году в предисловии к третьему изданию своего двухтомного труда ("Техника психотерапии") высказал следующее мнение: "Техники сами по себе не являются достаточными – они должны применяться в качестве инструментария интерперсональных отношений...". Именно поэтому эффективные техники в некоторых ситуациях оказываются недейственными. При оценке эффективности психотерапии правильно сравнивать не группы леченых и нелеченых пациентов, а группы, в которых терапия проводится профессиональными и непрофессиональными терапевтами, которые встречают то же число обязательств и сопротивлений (Strupp Н.Н., 1975).

Разработка критериев и методов оценки эффективности становится все более актуальной не только в нашей стране, но и за рубежом. По мнению Б.Д. Карвасарского и его соавторов

(2007) критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям.

Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: соматической, психологической, социальной.

Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента.

В-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения, причем число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90 % общего их числа. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

С учетом всех медицинских и социальных последствий наркотизации, эффективная помощь в настоящее время оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с употреблением нелегальных наркотиков (Hubbard R. et al., 2003). Стандартизированные подходы предполагают оценку нескольких основных позиций.

1. *Ситуация с употреблением основного наркотика, по отношению к которому сформирована зависимость.* Идеальным результатом остается полная ремиссия. Как позитивные изменения оцениваются: сокращение продолжительности рецидивов, уменьшение частоты приема наркотика, снижение потребляемой дозы, отказ от внутривенного употребления, переход на более легкие наркотики, прекращение или снижение частоты употребления нелегальных наркотиков.
2. *Показатели занятости.* Признаками позитивных изменений являются возобновление учебы, трудоустройство с приобретением экономической самостоятельности, усилия, направленные на получение специальности.
3. *Улучшение межличностных отношений.* Уменьшение количества конфликтов в семье, улучшение социальной адапта-

ции на основе появления новых интересов и позитивного взаимодействия с окружением.

4. *Состояние общего здоровья.* Уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией, лечение имеющихся, в том числе инфекционных, осложнений и сопутствующих заболеваний, регулярное врачебное наблюдение.
5. *Правовой статус.* Снижение криминальной активности, непосредственно связанной с наркоторговлей, а также с другими видами правонарушений, совершаемых с целью получения средств на приобретение наркотиков. Уменьшения количества инцидентов, связанных с злоупотреблением наркотическими веществами (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).
6. *Психическое состояние,* включая редукцию проявлений коморбидных психических расстройств, а также улучшение психологического самочувствия в целом.

Анализируя состояние наркологической помощи в России, А.Г. Гофман (2003) постулирует, что любая терапия должна оцениваться по двум критериям – по эффективности и доступности. Помогает тот вид психотерапии, в который верит больной. Не существует доказательства преимущества одного вида психотерапии над другим. Выбор одной из 450 существующих психотерапевтических методик определяется в конечном счете тем, во что верит больной и врач, насколько доступен метод для больного. В работах Luborsky et al. (1985), Smith et al. (1993), Miller et al. (1993) утверждается, что все виды психотерапии одинаково эффективны и делается акцент на роли личности самого психотерапевта как решающего терапевтического фактора. Некоторые авторы указывают на большую эффективность психотерапии наркозависимых в полоспецифических группах (Powell D.J., 2006).

В настоящее время понятие ремиссии при психических заболеваниях определяется не полным отсутствием симптомов, а скорее уменьшением интенсивности основных клинических проявлений до степени, когда они не оказывают значимого влияния на поведение индивида (Коцюбинский А.П. с соавт., 2006; Doyle A. et al., 2003; Andreasen N., et al., 2005).

В МКБ-10 (раздел F1) диагностические критерии ремиссии не указываются. В DSM-IV ремиссией называется состояние, при котором, как минимум, в течение одного месяца не выявляется ни одного признака, соответствующего диагностическим критериям зависимости или злоупотребления ПАВ. Ремиссия называется начальной (early remission) в течение первых 12 месяцев или продолжительной (sustained remission) если сохраняется более 12 месяцев. Кроме того, различают ремиссии полные (full remission) и неполные (partial remission). Ремиссия считается неполной, если в течение указанного периода регистрируется, периодически или постоянно, по крайней мере один из признаков, соответствующий критериям зависимости или злоупотребления (употребления с вредными последствиями, в терминологии МКБ-10). В единичных работах отечественных авторов неполные или частичные ремиссии при опиоидной зависимости с недавних пор стали рассматриваться как проявления положительной динамики (Винникова М.А., 2004; Пятницкая И.Н. с соавт., 2004).

Полные трехлетние ремиссии с верифицированным отсутствием аддиктивного поведения, включая злоупотребление алкоголем и иными ПАВ, наблюдались московскими исследователями после пребывания в лечебно-реабилитационном центре у 16 % больных (Благов Л.Н. с соавт., 2004). По данным Т.Н. Дудко (2006), ремиссии от года до 2 лет в среднем у больных наркоманией в 2003-2004 гг. наблюдались в 9,2 % случаев.

В последние годы многие авторы говорят о необходимости разработки единых критериев оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологической практике (Гофман А.Г., 2003; Титова В.В., 2004; Менделевич В.Д., 2007; Вешнева С.А. с соавт., 2008). По мнению В.Д. Менделевича для оценки эффективности терапии опиоидной зависимости необходимо применять такие параметры, как удержание в программе лечения, "качество жизни", снижение частоты передозировок и заражения ВИЧ, трудоспособность, частота рискованного и криминального поведения.

В.В. Титова (2004) в своем исследовании в качестве индикаторов эффективности групповой психотерапии наркозависимых использовала:

- степень редукции патологических проявлений зависимости от наркотика (с учетом соматического, психопатологического, психологического параметров);
- степень развития новых базовых личностных свойств и навыков адаптации (основы для полноценного формирования психологической устойчивости к повторной наркотизации);
- при катamnестическом обследовании – наличие ремиссии, ее устойчивость, а также уровень социально-психологической адаптации.

С.В. Михайлов (2006) в своем исследовании в качестве критериев эффективности реабилитационной программы рассматривал самооценку пациентов и их удовлетворенность трезвой жизнью.

Е.А. Брюн с соавт. (2007) при оценке результативности наркологической помощи предлагают делать акцент на экономическом эффекте. Он, по их мнению, является интегральным показателем результативности наркологической помощи, так как его размер напрямую зависит от медицинских и социальных показателей эффективности проводимых мероприятий.

Малая эффективность наркологической помощи обусловлена тем, что специалисты не уделяют должного внимания расстройствам личности, появляющимся и прогрессирующим в процессе наркотизации, психологической и социальной реабилитации (Вешнева С.А. с соавт., 2008). Именно поэтому Миннесотская модель (основанная на программе 12 шагов), популярная в последние 10 лет в России, отличается более высокими показателями эффективности (Stinchfield R. et al., 1998). Через год пребывания в программе 53 % из 1083 пациентов с алкоголизмом и наркоманией воздерживались от их употребления, а еще 35 % снизили уровень потребления алкоголя и других ПАВ. О равной эффективности 12-шаговой программы и терапевтической программы, ориентированной на когнитивно-поведенческую терапию в достижении двухлетней ремиссии у наркоманов (около 25 % больных), сообщают J. Ritsher et al. (2002). Однако описанные выше методы психотерапии опираются только на когнитивную и поведенческую составляющую личности. А психодрама к тому же изучает эмоциональную сферу и объектные отношения наркозависимых.

Психодрама в комплексной реабилитации героиновых наркоманов имеет следующие преимущества перед другими методами:

- психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией;
- психодрама позволяет обойти защитные механизмы;
- психодраматические сессии не содержат формального анализа;
- психодрама избегает оценок;
- психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену;
- символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента;
- психодрама – это одновременно аналитический и действенный метод.

Подводя итоги обзора литературы, хотелось бы отметить, что нет ни одной публикации в зарубежных и отечественных изданиях о применении психодрамы в реабилитации наркозависимых и, тем более, об оценке ее эффективности (Am. J. of Psychotherapy. 2004-2009. Vol. 58-63; British J. of Psychotherapy. 2004-2009. Vol. 20-25; J. of Studies on Alcohol and Drugs. 2005-2009, Vol. 66-70; National Institute on Drug Abuse (NIDA)).

Использование психодрамы в России описано на примере работы одного из реабилитационных центров, но оценка ее эффективности не проводилась (Кулаков С.А., Ваисов С.Б., 2006). В результате просмотра тем диссертаций с 1990 гг. мы обнаружили, что также не было ни одной публикации о психодраме в реабилитации наркозависимых. Таким образом, внедрение психодрамы в комплексную реабилитацию наркозависимых является перспективной научно-практической задачей современной наркологии.

Литература

1. *Барц Э.* Игра в глубокое: введение в юнгианскую психодраму / пер. с нем. К.Б. Кузьминой. М.: Независимая фирма "Класс", 1997. 144 с.
2. *Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н.* Методологические проблемы реабилитации больных с наркотической зависимостью // Сб. науч. трудов. Вып. 2. М.: Изд-во РГМУ, 2004. С. 384-387.
3. *Блатнер А.* Теоретические основы психодрамы // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 4. С. 4-14.
4. *Брюн Е.А., Духанина И.В., Москвичев В.Г.* Оценка результативности наркологической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 4. С. 41-43.
5. *Ветюгов В.В.* Механизмы психологической защиты у девочек-подростков с аддиктивным поведением, злоупотребляющих психоактивными веществами: возрастная динамика и адаптационные проблемы // Психическое здоровье. 2006. № 5. С. 45-49.
6. *Вешнева С.А., Бисалиев Р.В.* Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. 2008. № 1. С. 55-61.
7. *Винникова М.А.* Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов) // Дис.... д-ра мед. наук. М., 2004. 243 с.
8. *Горностай П.П.* Из дебрей жизненного сценария, или Трансактная психодрама // Психодрама и совр. психотерапия. 2005. № 2-3. С. 94-99.
9. *Горностай П.П.* Интегративные модели в современной психотерапии // Наука і освіта. 2004. № 8-9. С. 83-86.
10. *Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 215 с.
11. *Даренский И.Д.* Клинические ролевые игры и ролевой тренинг в наркологии. М.: Спутник+, 2005. 128 с.
12. *Долгополов Н.Б.* Фугуропрактика: "Преображающееся Я" и "Темпоральные двойники" // Психодрама и совр. психотерапия. 2005. № 2-3. С. 21-29.
13. *Дудко Т.Н.* Реабилитация наркологических больных // Вопр. наркологии. 2006. № 1. С. 31-41.
14. *Ефимова И.Н.* Психодрама + экзистенциальный анализ: о пользе перекрестного опыления // Психодрама и совр. психотерапия. 2004. № 1-2. С. 64-73.

15. *Зенцова Н.И., Сирота Н.А.* Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации у наркологических больных // *Вопр. наркологии.* 2008. № 1. С. 61-67.
16. *Карвасарский Б.Д.* (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. СПб.: Питер Ком, 2006. 944 с.
17. *Карвасарский Б.Д.* (ред.) Психотерапия. 3-е изд. СПб.: Питер, 2007. 672 с.
18. *Келлерман П.Ф.* Психодрама крупным планом: анализ терапевтических механизмов. М.: Независимая фирма "Класс", 1998. 240 с.
19. *Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама / пер. с англ. М.Ю. Никуличева, Ю.Г. Григорьевой. М.: Независимая фирма "Класс", 1993. 224 с.
20. *Коцюбинский А.П., Скорик А.И.* Оценка динамики психического состояния // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006. № 2 (03). С. 12-14.
21. *Кулаков С.А., Жаринов О.А.* Символдрама – психодрама: интеграция подходов в ходе учебной супервизии // *Психодрама и совр. психотерапия.* 2006. № 1. С. 12-17.
22. *Кулаков С.А., Ваисов С.Б.* Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь, 2006. 240 с.
23. *Кулаков С.А.* Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб.: Речь, 2007. 294 с.
24. *Кэхеле Х., Казанская А.* Психотерапевтические исследования (тематическое ядро). Предисловие // *Иностр. психология.* 1996. № 7. С. 5-8.
25. *Лебедева Л.Д.* Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
26. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено / пер. с нем. 2-е изд., испр. и доп. М.: Когито-Центр, 2007. 380 с.
27. *Лейтц Г.* Сыграть свою жизнь на сцене / пер. с фр. М.: Академический проект, 2008. 132 с.
28. *Лиманцев В.В.* Индивидуальная психотерапия опийной наркомании по методу символдрамы // *Психотерапия.* 2006. № 4. С. 32-35.
29. *Линде Н.Д.* Эмоционально-образная терапия: теория и практика. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2004. 255 с.
30. *Люборски Л.* Принципы психоаналитической терапии: руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. М.: Когито-Центр, 2003. 256 с.

31. *Макаров В.В.* Формирование профессионального сообщества в психотерапии // Профессиональная психотер. газ. 2007. Ноябрь. С. 5-8.
32. *Максимова С.В.* Творческая активность у лиц с наркотической зависимостью // Вопр. психологии. 2006. № 1. С. 118-127.
33. *Менделевич В.Д.* Критерии эффективности терапии опиоидной зависимости в Российской Федерации в ракурсе доказательной медицины и мнения профессионалов // Психоневрология в совр. мире: материалы юбил. науч. сессии. СПб, 2007. С. 191-192.
34. *Менделевич В.Д.* Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 767 с.
35. *Михайлов С.В.* Клинико-психологические характеристики и психотерапия больных героиновой наркоманией в программе долгосрочной реабилитации: автореф. дис.... канд. мед. наук. Самара, 2006.
36. *Морено Я.Л.* Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. 2-е изд., испр. М.: Психотерапия, 2008. 496 с.
37. *Морено З.Т.* Обзор психодраматических техник // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 2-3. С. 4-15.
38. *Николаев Е.Л.* Интегративные тенденции психотерапии в контексте взаимодействия культур // Соц. и клини. психиатрия. 2005а. Т. 15, № 3. С. 63-68.
39. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
40. *Николаев Е.Л.* Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005б. № 14. С. 9-20.
41. *Николаев Е.Л.* Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чуваш. ун-та. 2005с. № 2. С. 90-99.
42. *Николс М., Шварц Р.* Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2004. 960 с.
43. *Пятницкая И.Н., Зобин М.Л.* Короткая амбулаторная программа лечения опийной наркомании в раннем постабстинентном периоде // Наркология. 2004. № 6. С. 52-56.
44. *Романова И.Е.* Психодрама с игрушками в преодолении кризиса детско-родительских отношений // Психотерапия. 2007. № 6. С. 37-40.
45. *Ромек В.Г.* Поведенческая психотерапия. М.: Академия, 2002. 192 с.

46. Семилет Н.В. Значение образов-символов и психодрама // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 3. С. 28-35.
47. Суслова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
48. Титова В.В. Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф дис.... канд. мед. наук. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2004. 30 с.
49. Фридман Дж., Комбс Дж. Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия / пер. с англ. В.В. Самойлова. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. 368 с.
50. Холмс П. Внутренний мир снаружи: теория объектных отношений и психодрама. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. 288 с.
51. Шутценбергер А.А. Психодрама / пер. с фр. Г. Бутенко, К. Бутенко. М.: Психотерапия, 2007. 448 с.
52. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. 208 с.
53. *American Journal of Psychotherapy.* 2004-2009. Vol. 58-63. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.ajp.org> (дата обращения 16.10.2009).
54. *Andreasen N., Carpenter W. Jr., Kane J. et al.* Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // *Amer. J. Psychiat.* 2005. P. 62-69.
55. *Blatner A.* Perspectives on Moreno, psychodrama and creativity // *J. Creat. Ment. Health.* 2005. Vol 1, N 2. P. 111-121.
56. *British Journal of Psychotherapy.* 2004-2009. Vol. 20-25. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.wiley.com> (дата обращения 16.10.2009).
57. *Doyle A.C., Pollack M.H.* Establishment of remission criteria for anxiety disorders // *J. Clin. Psychiatry.* 2003. Vol. 64. P. 40-45.
58. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2005-2009. Vol. 66-70. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.jsad.com> (дата обращения 15.10.2009)
59. *Hubbard R.L., Craddock S.G., Anderson J.* Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) // *J. Subst. Abuse Treat.* 2003. Vol. 25, N 3. P. 125-134.
60. *Luborsky L., McLennan A.T., Woody G.E.* Therapist success and its determinants // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985. Vol. 42. P. 602-611.

61. *McMaster S.A., Holleran L.K.* Incorporating 12-step group attendance in addictions courses: A cross-cultural experience // *J. Teach. Addict.* 2005. Vol. 4, N 2. P. 79-91.
62. *Miller W.R., Benefield E.G., Tonigan J.S.* Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles // *J. Consulting and Clinical Psychology.* 1993. Vol.61. P. 455-461.
63. *Molina B., Monteiro-Leitner J., Garrett M.T., Gladding S.T.* Making the connection: Interweaving multicultural creative arts through the power of group counseling interventions // *J. Creat. Ment. Health.* 2005. Vol. 1, N 2. P. 5-15.
64. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.nida.nih.gov> (дата обращения 16.10.2009).
65. *Powell D.J.* Men in groups: Insights and interventions // *J. Groups Addict. and Recov.* 2006. Vol. 1, N 1. P. 95-116.
66. *Ritsher J.B., Moos R.H., Finney J.W.* Relationship of treatment orientation and continued care to remission among substance abuse patients // *Psychiatr. Service.* 2002. Vol. 53, N 5. P. 595-601.
67. *Smith J.W., Frawley P.J.* Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in multimodal inpatient program including aversion therapy and Pentothal interviews // *J. Subst. Abuse Treat.* 1993. Vol. 10 (4). P. 359-369.
68. *Stinchfield R., Owen P.* Hazelden's model of treatment and its outcome // *Addict. Behav.* 1998. Vol. 23, N 5. P. 669-683.
69. *Strupp H.H.* "Spontaneous Remission" and the nature of the therapeutic influence // *What is Psychotherapy?* Basel; Munchen; Paris; London; New York; Sidney: S. Karger, 1975. P. 390-392.
70. *Waska R.* Projective identification as an inescapable aspect of the therapeutic relationship // *Psychoanal. Soc. Work.* 2007. Vol. 14, N 2. P. 43-64.
71. *Wolberg L.R.* The technique of psychotherapy. N. Y.; San Francisco; London: Grune and Stratton, 1977. P. 245.