

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «ОСТРОВ»

Программа по профилактике срыва фонда содействия реабилитации наркозависимых центр «Остров»

Программа была разработана и реализована благодаря финансовой поддержки и с использованием средств гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов (Договор №7-1-007103)

Пояснительная записка

Проблема наркологических заболеваний приобрела исключительную остроту, представляет угрозу жизни и здоровью всему населению, является причиной беспрецедентной преждевременной смертности, демографического кризиса, основным источником преступной деятельности, фактором, подрывающим экономическую безопасность и все устои нашего общества. Область решения проблемы лежит в сфере эффективной психологической профилактики.

Заболевания, связанные с зависимостью от психоактивных веществ, являются единым патологическим процессом, имеющим различные клинические формы: зависимость от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды (Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Дудко Т.Н. и др., 2013).

С учетом полиэтиологичности и биопсихосоциодуховной природы зависимости от психоактивных веществ процесс выздоровления занимает длительный период и часто сопровождается рецидивом срывом, возвратом к употреблению психоактивных веществ.

Рецидив (от лат. *recidivus* — возвращающийся) — возврат к употреблению психоактивных веществ, т. е. повторение их в типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Как правило, рецидив бывает точным повторением картины зависимого поведения; он может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения, иногда со смертельными исходами. Процесс рецидива (или срыва) — штатная ситуация в избавлении от наркотической или алкогольной зависимости.

По мнению экспертов лишь не более 20% лиц, страдающих наркотической или алкогольной зависимостью полностью избавляются от стремления к употреблению и не допускают рецидива

В этой связи реализация программ и мероприятий по профилактике срыва приобретают особую актуальность и позволяют помочь пациентам, прошедшим курс лечения и медико-социальной реабилитации полностью избавиться от зависимого поведения.

Цель и задачи программы

Целью программы достижение полной и стабильной социальной интеграции, при условии физического и психического благополучия и воздержания от употребления психоактивных веществ.

Задачами программы по профилактике срыва являются:

1. Обучение навыкам распознавания признаков сухого срыва, избегание триггеров.
2. Оказание помощи по преодолению озабоченности веществом и эйфорической памяти.
3. Оказание помощи в приобретении навыков эффективного взаимодействия с окружающей средой, решения проблем без употребления алкоголя и наркотиков.
4. Оказание помощи в получении навыков идентификации и здорового выражения чувств, коррекция самооценки и восприятия личностного успеха или неудач.
5. Оказание помощи в создании семейной атмосферы, способствующей выздоровлению.
6. Оказание помощи в освоении навыков, способствующих адаптации в обществе.
7. Преодоление созависимого поведения у зависимых и их родственников.

Принципы реализации программы

- добровольность вступления, участия и выхода из программы профилактики срыва;
- конфиденциальность участия в программе профилактики срыва;
- партнёрская модель взаимоотношений, привлечение пациента к активному сотрудничеству в процессе реализации мероприятий программы;
- мультидисциплинарность, разносторонность усилий, направленность их на разные сферы функционирования пациентов: психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга;
- соблюдение единства (комплексности) биологических и психосоциальных методов воздействия;
- этапность оказываемых услуг (мероприятий) с соблюдением определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного процесса.

Концептуальная модель программы профилактики срыва

В основе реализации программы лежит когнитивно-поведенческая модель профилактики рецидивов. В когнитивно-поведенческой модели дано концептуальное понятие рецидива.

С традиционной дихотомической («черно-белой») точки зрения возобновление употребления наркотиков или алкоголя является «провалом» лечения. Однако такой взгляд имеет массу негативных последствий. Одно из них – то, что после происшедшего срыва пациент прекращает предпринимать попытки к возобновлению процесса восстановления и выхода из зависимости. Более конструктивна противоположная точка зрения на суть рецидива как на ошибку, которую необходимо правильно воспринимать пациенту, осознавать, использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Однако важнейшей основой данной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел.

Особое место в этой модели уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение, когда он сталкивается с ситуациями риска, то результатом этого будет снижение ощущение самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика или алкоголя в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы.

Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотик и алкоголь менее вероятно будут использованы. От эффективности копинг-поведения человека в этих ситуациях зависит исход. Само же копинг-поведение зависит от того, как воспринимается пациентом ситуация риска, как она оценивается, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контролировать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения.)

Модель когнитивной оценки, фокусируется на индивидуальном восприятии и оценке ситуации риска. В контексте данной модели важнейшим является умение когнитивно оценивать стрессовые, проблемные и рискованные ситуации. Данная модель базируется на теории социального научения и самоэффективности.

Направленность программы

Программа по профилактике срывов ориентирована на формирование жизненных навыков, состоящих из трех компонентов:

- формирование личностной компетентности, обучение умению владеть собой в различных обстоятельствах;
- формирование социальной компетентности, выработка социальных навыков.

Эти два компонента нацелены на то, чтобы повысить личную и социальную компетентность, а также снизить мотивацию к продолжению приема наркотиков и уязвимость по отношению к благоприятствующим наркотизации социальным влияниям.

- формирование антинаркотической стратегии. Данный компонент направлен на развитие навыков противостояния наркотизации, преодолению озабоченности веществом и эйфорической памяти, создание антинаркотических установок и усвоение антинаркотических норм.

Личностная компетентность. Этот раздел программы предназначен для усовершенствования широкого спектра навыков, необходимых для формирования здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов.

Раздел включает в себя формирование:

- умения различать эмоции и чувства, распознавать их у себя и у других;
- умения принимать свои эмоции и чувства окружающих людей;
- умения говорить о своих эмоциях и проблемах;
- умения контролировать свои эмоции и поведение и управлять ими;
- умения признавать право на ошибки;
- адекватной самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам;
- собственной системы ценностей, целей и установок;
- способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение;
- навыка совладания со стрессом;
- способности решать простые и сложные жизненные проблемы;
- умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
- навыка совладания с изменениями и потерями.

Социальная компетентность. Второй компонент программы предназначен для воздействия на важнейшие социальные навыки и улучшения общей социальной компетентности.

Он включает в себя формирование:

- умения общаться с окружающими, понимать их поведение и видеть перспективы;
- навыков проявления инициативы в социальных взаимодействиях;
- умения вести разговор: слушать, обсуждать, спорить;
- навыков взаимодействия с представителями противоположного пола;

- навыков взаимодействия с людьми старшего возраста;
- навыков защиты собственной позиции;
- умения отстаивать собственное мнение;
- умения разрешать конфликты;
- умения создавать, сохранять и разрывать дружеские отношения;
- умения сопереживать и оказывать социальную помощь и поддержку;
- умения выслушивать похвалу и самим хвалить других;
- навыков сопротивления насилию и умения защищать свои границы;
- навыка структурирования своего свободного времени и организации досуга, альтернативного наркотизации касающиеся ПАВ

Третий компонент программы ориентирован **формирование альтернативных наркотизации копинг-стратегий**, форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);

Основные навыки адаптивного копинг-поведения, необходимые для предотвращения рецидива:

- сбалансированное использование соответствующих возрасту стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки;
- достаточное развитие сбалансированного когнитивно-оценочного механизма, а также эмоционального и поведенческого компонентов;
- преобладание мотивации к достижению успеха над мотивацией к избеганию неудачи;
- готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность своего поведения на источник стресса;
- наличие определенных личностных адаптивных ресурсов, обеспечивающих позитивный психологический фон и способствующих развитию навыков эффективной психосоциальной адаптации (позитивная «Я-концепция», развитость восприятия социальной поддержки, интервального локуса контроля над средой, эмпатии и аффилиации, и т.д.).

Реабилитационный потенциал и уровни реабилитационного потенциала

Реабилитационный потенциал - многофакторная клиническая, психологическая и социальная прогностическая оценка способностей и возможностей наркологических больных на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественно полезной деятельности. Реабилитационный потенциал базируется на объективных данных о наследственности, соматическом состоянии, виде, тяжести и

последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного (духовного) развития и социальном статусе больных.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала пациенты с синдромом зависимости от психоактивных веществ разделяют на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала.

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- низкий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием;
- хорошими или удовлетворительными условиями воспитания, наличие высшего или среднего профессионального образования;
- начало лечения и медико-социальной реабилитации на начальной (первой) стадией зависимости;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- относительно позднее начало употребления психоактивных веществ;
- низкая интенсивность симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома; слабое появление постабстинентных расстройств;
- достаточная устойчивость нормализованных семейных отношений, наличие позитивного семейного социально-психологического климата;
- вовлечение в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствие вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- легкие морально-этические нарушения (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.);
- легкие интеллектуально-мнестические нарушения (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.);
- легкие эмоциональные нарушения (эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);
- легкая деградация личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные

нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер).

– отсутствие или слабо выраженное снижение уровня волевого самоконтроля (уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля находятся в пределах нормы или немного снижены, т.е. отсутствие эмоциональной неустойчивости, ранимости, неуверенности в себе, невысокой рефлексивности, импульсивности и неустойчивости намерений, обидчивости, непоследовательности в поведении, сниженного самообладания).

Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

– средний удельный вес наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);

– воспитание в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;

– относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;

– начало лечения и медико-социальной реабилитации на средней (второй) стадии зависимости;

– короткими (до 3 мес.) и среднекороткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;

– редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;

– алкогольный и наркотический (героиновый) абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства - до 1,5 - 2 месяцев);

– к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.);

– средней степени деградацией личности - интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем.

- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского /отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);
- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);
- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

Низкий уровень реабилитационного потенциала характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития; инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);

- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- начало лечения и медико-социальной реабилитации конечной (третья) стадией зависимости;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи;
- крайне конфликтными или конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- снижение социально положительных установок на труд и учебу (как правило, они не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- почти тотальная социальная дезадаптацией и социофобией;
- наличие хронических заболеваний (гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ- инфекции),
- эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения.

Основные формы реализации программы

- **групповая психотерапия и групповая динамика**, как формы организации работы, являются важнейшим терапевтическим фактором. Основные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, овладение навыками отреагирования глубинных эмоциональных переживаний, тренинг поведения в экстремальных ситуациях, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.
- **индивидуальные консультации**. Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление неэффективных способов совладания со стрессом и своими переживаниями (отрицания, ухода от проблем, девальвации и т.д.), направлена на осознание личностных проблем, поиск путей их решения. Работа во время сессии дополняется заданиями для самостоятельной работ, индивидуальная программа выздоровления и личностного роста составляется совместно с пациентом. Это работает на укрепление его самоуважения, самоэффективности, повышение самооценки, то есть также становится мощным протективным и лечебным фактором.
- **теоретическое обучение** при проведении лекционных занятий о природе, специфике, развитии и последствиях наркологического заболевания, о психологических и личностных особенностях химически зависимого и членов его семьи, факторах, способствующих рецидиву, этапах развития срыва, преодоления стрессов, способах предупреждения рецидивов.
- **обучение саморегуляции поведения и психического состояния** на основе использования различных методов медитации (саморегуляции), освоение которых дает пациенту один из инструментов управления настроением, позволяет владеть навыками релаксации, совладания со стрессом.
- **работа с семьей пациента**, направленная на восстановление и гармонизацию взаимоотношений с близкими, преодоление дисфункциональных паттернов семейных отношений, с целью организации для пациента социальной сети, которая выполняет роль «буфера», смягчает стресс, предотвращает рецидивы заболевания.

Основные мероприятия программы

Для профилактики рецидивов в нашей программе предполагаются следующие мероприятия:

- повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска (тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска);
- повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего Я в ситуациях высокого риска (тренинг «Познай себя. Приобретение уверенности во взаимоотношениях с другими»);
- работа по развитию умений осознавать собственные чувства и эмоциональное состояние, открыто выражать собственные чувства; выработка умения идентифицировать эмоциональное состояние, понимать и разделять чувства другого человека; отработка навыков эмпатийного взаимодействия (тренинг «Активизация личностных ресурсов, развитие чувств собственного достоинства»);
- работа по формированию представлений о себе как человеке, эффективно преодолевающем зависимость, работа по развитию позитивной Я-концепции, формированию критичного отношения к своему состоянию (тренинг «На пути постижения «Я»»);
- тренинг формирования поведения, ориентированного на успех;
- работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением (тренинг избегания ситуаций высокого риска), в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг;
- обучение управлению стрессом параллельно с развитием ресурсов адаптивного копинг-поведения;
- в случае снижения ощущения самоэффективности ведется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях;
- работа с мотивацией; обучение ежедневной работе с собой по преодолению зависимости.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

- представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость;
- навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;
- навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;

- самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;
- умение обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;
- способность к самонаблюдению как инструмент самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций; важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, проводить их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению;
- умение анализировать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы; важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее до более рискованных и оценить выраженность риска для себя в балльной системе; так происходит обучение конкретным формам копинг-поведения;
- навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень, чувствовал себя эффективным; так будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;
- навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);
- умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций;
- умение проводить микроанализ срыва или рецидива (если он произошел); пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения.

Основные ситуации высокого риска рецидива

Интраперсональные детерминанты:

- негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев),
- негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией),

- позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события),
- проверка собственного контроля («Смогу ли контролировать дозу психоактивного вещества, если снова, всего лишь раз, его употреблю?» или «Ничего страшного. Я – сильный человек. Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление наркотиков. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как захочу»).
- Сильная тяга и искушение.

Интерперсональные детерминанты:

- интерперсональный конфликт,
- социальное давление.
- позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

Копинг-навыки, необходимые для предотвращения рецидива

1. Альтернативная деятельность:

- физические упражнения,
- отвлечение,
- расслабление,
- хобби,
- молитва.

2. Подкрепление неупотребления:

- чтение списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению,
- составление списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению,
- вознаграждение себя за воздержание,
- получение дополнительной информации о том, как поддержать себя.

3. Избежание деятельности, связанной с повышенным риском:

- избежание провоцирующих ситуаций,
- избежание знакомства с лицами, употребляющими наркотики,
- избежание районов «повышенного риска».

4. Социальная поддержка:

- помощь самому себе,
- звонок другу или члену семьи,

- поддержка кого-то, кто в свое время прекратил употреблять наркотики,
- поддержка окружающих,
- посещение специальных групп самопомощи.

5. Отношения в социуме: позитивные последствия:

- мысли о поддержке друзей,
- мысли о том, что Ваш партнер будет счастлив после Вашего отказа от наркотиков,
- мысли о детях: желание подать им хороший пример,

6. Отношения в социуме: негативные последствия:

- мысли о том, насколько Вы будете отвратительны для окружающих,
- мысли о близких, которые будут очень расстроены,
- мысли о том, что друзья будут думать, что Вы не способны бросить.

7. Здоровье: негативные последствия:

- мысли о том, насколько сильно связаны наркотики с Вашими болезнями,
- мысли о том, что употребление наркотиков может привести к смертельному исходу,
- мысли о других рисках для здоровья, связанных с наркотиками.

8. Мотивирование себя:

- отрицание, что наркотики Вам необходимы,
- рассмотрение причин бросить употреблять наркотики.

9. Сила желания:

- твердо принято решение бросить. Вы сжимаете зубы и заставляете себя не думать о наркотиках.

10. Каждодневное напоминание

- активное вытеснение мыслей о наркотиках из сознания.

11. Закон.

- мысли о том, что употребление наркотиков влечет за собой нелегальную деятельность,
- мысли о несении уголовной ответственности в случае поимки,
- мысли о том, что Вы сможете заботиться о своих детях.

12. Обесценивание наркотика: обращение к себе

- «Нет ничего хуже этого»,
- «Это страшный наркотик»,
- «Я просто болен».

13. Напоминание себе:

- наркотики не могут решить проблем,
- наркотики не могут ничего исправить,
- наркотики не помогут мне чувствовать себя лучше.

14. Позитивные обращения к себе:

- вера в себя: «Я могу это сделать»,
- достижение: «Посмотри, как прекрасно я с этим справился»,
- надежда: «Мне станет лучше (легче)»,
- базовое позитивное отношение к себе.

15. Переопределение себя:

- мысли о себе, как о человеке, свободном от зависимости.