

**Ассоциация общественных объединений Иркутской области  
«МАТЕРИ ПРОТИВ НАРКОТИКОВ»**

**Благотворительный фонд поддержки семьи, материнства и детства  
«ПОКРОВ»**

# **ИСКУССТВО БЫТЬ РОДИТЕЛЕМ**

Учебно-методическое пособие

**Иркутск 2017**

УДК 159.943

ББК 88

П 69

Рецензенты:

**О.В. Пуляевская**, кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психологии ФГБОУ ВО «Иркутский национальный исследовательский технический университет».

**И.С. Бубнова**, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной педагогики и психологии Педагогического института ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет».

Искусство быть родителем: учеб.-метод. пособие/ состав. В.И. Рерке, М.И. Червиченко, К.В. Ноздрина, И.В. Халтаева. – Иркутск: Изд-во «Репроцентр А-1», 2017. – 88 с.

**ISBN 978-5-91345-239-9**

Настоящее учебно-методическое пособие посвящено различным аспектам современной профилактики зависимости от психоактивных веществ в семье и основам социально-психологической реабилитации.

Предлагаемое пособие представляет проблемное поле психологических исследований в области семейной профилактики и реабилитации, феноменологии и особенностям развития личности с зависимыми формами поведения, методам и направлениям реабилитации и т.д.

Учебно-методическое пособие может быть полезно для консультантов в области профилактики и реабилитации зависимых форм поведения, социальных педагогов, психологов.

**ISBN 978-5-91345-239-9**

## Содержание

<b>Введение</b> .....	4
<b>ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ</b> .....	6
1.1. Зависимость от психоактивных веществ: понятие, структура и детерминанты.....	6
1.2. Концепция зависимой личности .....	19
1.3. Общее представление о профилактике ПАВ.....	23
<b>ГЛАВА II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ</b> .....	36
2.1. Социально-психологическая реабилитация: сущность и организация....	36
2.2. Этапы прохождения социально-психологической реабилитации (на примере структурного подразделения ОГКУ «ЦРН «Воля» «Искра»).....	46
<b>Заключение</b> .....	71
<b>Список литературы</b> .....	72
<b>Приложения</b> .....	75

## ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день активный научный поиск, предпринимаемый специалистами различных областей знаний, направлен на выявление основных причин и факторов, вызывающих формирование зависимых форм поведения, в том числе от психоактивных веществ. Но, к сожалению, до настоящего времени серьезных прорывов в данной области не наблюдается.

Вопросы о механизмах формирования зависимости (аддикций) от ПАВ остаются одними их наиболее сложных проблем современной науки.

Наркомания, токсикомания, алкоголизм являются, с одной стороны, социальным, с другой стороны, психическими заболеваниями с сопровождающими их функционально-органическими изменениями в организме. У человека, страдающего химической зависимостью, происходит потеря как физического, так и психического здоровья: деградация личности, развитие эгоизма, грубости, лживости.

Поиски «структуры личности» химически зависимого человека, а также попытки выявить «специфический профиль» личности, предрасположенной к употреблению психотропных веществ, являются чрезвычайно сложными задачами. При рассмотрении данной проблемы чрезвычайно важным обстоятельством является то, как неблагоприятные внешние факторы (сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание, низкий общеобразовательный и культурный уровень окружающей социальной среды) преломляются в психике ребенка, как воспринимаются им жизненные события и различные обстоятельства.

Практическая работа с больными наркоманией дает повод говорить об их семьях как об источниках психической травматизации личности, а нарушения семейных взаимоотношений нередко лежат в основе зависимого поведения.

Таким образом, на современном этапе развития реабилитационной помощи людям с химическими зависимостями, роль работы с семьей, реконструкцию семейного отношения можно без преувеличения считать ведущей.

Даже если исходной ситуацией для начала наркотизации является обычное любопытство, то обнаруживавшийся факт наркомании будет по-разному переживаться, и использоваться разными членами семьи. Их отношение к наркомании будет во многом определяться зачастую неосознаваемыми мотивами. Во многих случаях это приводит к тому, что семейное взаимодействие или поведение кого-то из членов семьи выступает как фактор, запускающий зависимое поведение. Таким образом, все более широкое вовлечение семьи наркомана, токсикомана, алкоголика в

профилактический и реабилитационный процесс обусловлено утверждением нового подхода к решению проблемы зависимого поведения.

Учебно-методическое пособие знакомит читателей с особенностями применения современных технологий профилактики зависимости от ПАВ, позволяет сформировать научно-методические навыки разработки программ социально-психологической реабилитации от психоактивных веществ.

*Учебно-методическое пособие выполнено в рамках реализации проекта «Беспокойные сердца».*

*При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 № 68 рп и на основании конкурса, проведенного Благотворительным фондом «Покров».*

# ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

## 1.1. Зависимость от психоактивных веществ: понятие, структура и детерминанты

В последние годы в Российской Федерации, практически во всех регионах, ситуация, связанная со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом, имеет тенденцию к утяжелению. Быстро растет число потребителей психоактивных веществ (ПАВ), включая наркотические и токсикоманические средства, что, в свою очередь, определяет рост численности лиц с сформированной зависимостью от наркотиков - больных наркоманией и токсикоманий.

*Психоактивное вещество* – это любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять его восприятие окружающего, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. В повседневной жизни психоактивные вещества обычно именуется наркотиками. Однако к психоактивным веществам относятся не только наркотики, но и алкоголь, табак (никотин), кофеин и др. Основные типы психоактивных веществ приведены в таблице 1 [32].

Таблица 1.

Основные типы психоактивных веществ

п/п	Тип вещества	Где содержится
1.	Алкоголь	Пиво, вино, крепкие спиртные напитки, некоторые медицинские средства и сиропы, некоторые парфюмерные изделия
2.	Никотин	Табак (трубочный, жевательный, нюхательный), махорка
3.	Дикорастущая конопля (каннабис)	Марихуана, анаша, гашиш
4.	Стимуляторы	Кофе, чай, амфетамины, продукты коки, эфедрин, синтетические наркотики типа экстази, препараты на основе амилнитрита
5.	Опиоиды	Кодеин, героин, опиум, морфин, метадон
6.	Депрессанты	Успокаивающие средства, снотворные, барбитураты, бензодиазепины
7.	Галлюциногены	ЛСД, мескалин
8.	Летучие ингалянты	Аэрозоли в баллонах, газ бутан, бензин,

		клей, растворители, разжижители красок
9.	Другие вещества	Кава, орех бетеля и т.д.

Психоактивные вещества делятся на легальные и нелегальные. К *легальным психоактивным веществам* относятся вещества, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению. Однако разрешение их употреблять не зависит от степени вредного влияния на психику и организм человека; скорее это связано с тем, что продажа и употребление таких веществ приносит доход, исторически обусловлены, и объявление их «вне закона» сложно воспринимается обществом. При этом большинство легальных психоактивных веществ оказывает чрезвычайно вредный эффект на организм человека и губят множество жизней.

К легальным психоактивным веществам относятся никотин (табак, сигареты, папиросы, сигары), алкоголь (все напитки, содержащие этиловый спирт), кофеин (крепкий кофе, чай).

*Никотин* очень вреден для человека, и употребление его в любых дозах небезопасно. Тем не менее, в разных странах существует индустрия, направленная на изготовление изделий, содержащих никотин, торговлю ими, потому что они имеют спрос у населения. Наиболее развитые страны резко ограничивают торговлю табачными изделиями и запрещают курение во всех общественных местах и на работе для того, чтобы курящий человек (если он того хочет), вредя себе, не вредил другим людям, распространяя табачный дым.

*Алкоголь* также вреден для организма человека и его психики. У многих людей употребление алкоголя носит ритуальный характер, однако зависимость от него развивается незаметно и достаточно быстро, поэтому наиболее развитые общества стремятся значительно ограничить его потребление.

*Кофеин* действует на центральную нервную систему возбуждающе, поэтому частое и обильное употребление крепкого чая и кофе, не очищенного от кофеина, наносит вред организму.

Легальные психоактивные вещества употребляются открыто, и люди за это не несут юридической (уголовной) ответственности. Легальные наркотики рекламируются с помощью средств массовой информации. Это делается в целях получения экономической выгоды, а здоровье людей при этом в расчет не принимается. Поэтому каждый человек, употребляющий легальные психоактивные вещества, несет за это личную ответственность. Он сам отвечает за своё здоровье и последствия, которые возникают при употреблении легальных наркотиков.

К *нелегальным психоактивным веществам* относятся вещества, употребление, распространение и хранение которых является противозаконным – это производные дикорастущей конопли – марихуана,

гашиш, анаша и т.д.; опиоиды (героин, опий, морфий и т.д.); стимуляторы (экстази, кокаин, эфедрин, эфедрон, «винт», первитин и т.д.); галлюциногены (ЛСД и т.д.); депрессанты (барбитураты и ряд других препаратов), а также целый ряд других веществ. В каждой стране существует список таких веществ, утвержденный правительством. Граждане, занимающиеся хранением, распространением этих веществ, склоняющие к их употреблению других людей, а также злостно уклоняющиеся от лечения по поводу зависимости от них, подлежат уголовной ответственности.

Юридическая ответственность за хранение и распространение нелегальных наркотиков – необходимая и важная мера во всех государствах мира. Нелегальные наркотики практически парализуют психику человека таким образом, что он не в состоянии мыслить, принимать решения, контролировать своё поведение, работать, иметь семью, т.е. жить, как все люди. В связи с такой разрушительной силой эти вещества во всех странах мира признаны противозаконными.

Однако нелегальный, преступный бизнес существует. Наркоторговцам выгодно, чтобы все большее и большее число молодых людей, подростков и даже детей становились жертвами наркомании, так как, став зависимыми от наркотика, они вынуждены приобретать его постоянно.

Наличие или отсутствие контроля оборота различных ПАВ определяется величиной их наркогенного потенциала и тяжестью медицинских и социальных последствий их употребления.

Кофеин, никотин и алкоголь составляют «легальную триаду» ПАВ. Их употребление, при определенном ограничении доступности двух последних веществ для отдельных групп населения, не преследуется законом в России, Европе, США и других развитых странах.

Общая принадлежность кофеина, никотина и алкоголя к категории разрешенных законом ПАВ не означает их сопоставимости с точки зрения безопасности употребления.

Кофеин и никотин, в соответствии с мягкостью присущих им психотропных эффектов, не вызывают заметных изменений в поведении (по крайней мере, в обычных для повседневного потребления дозах), и даже многолетнее их употребление не приводит к развитию тяжелых психических расстройств, в том числе характерной для многих категорий наркологических больных деформации личности.

В отличие от кофеина и никотина, третий представитель «легальной триады» ПАВ — алкоголь — обладает помимо сильных психотропных эффектов выраженными нейротоксическими и висцеротоксическими свойствами. Систематическое злоупотребление алкоголем (в отличие от регулярного употребления кофеинсодержащих напитков и табакокурения) во всех случаях приводит к изменениям личности и другим психическим нарушениям, органическому поражению мозга и периферических нервов, а также поражению внутренних органов и систем.



Следует отметить, что на первый план в настоящее время выходит употребление синтетических препаратов с высокой наркотической активностью, таких как героин и амфетамины. При этом подростки в силу незавершенности возрастного психического и личностного развития быстрее, чем взрослые, попадают в болезненную зависимость. Резко сокращается период возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и "запущенность" наркологических проблем при первичном обращении детей и подростков за помощью. Эти факторы определяют объективную необходимость существенной перестройки и активизации системы первичной комплексной профилактики употребления психоактивных веществ.

Состояние современной наркоситуации в Иркутской области, указывает на то, что спрос на наркотические средства в регионе продолжает оставаться на критической отметке. Сложившаяся ситуация требует поиска нового подхода к профилактике подобных девиаций. После проведения тестирования по школам в г. Иркутске, из 5000 обследованных школьников на наркотики – выявлено 105 потребителей наркотиков [37]. Распространение наркомании в среде несовершеннолетних принимает характер эпидемии, они становятся неотъемлемым компонентом молодежной субкультуры. Работа с подростками в школах Иркутской области по профилактике ПАВ ведется не эффективно, об этом говорят цифры, школьников, выявленных на употребление наркотиков. Необходима комплексная профилактическая работа по всем направлениям. Давно доказано, что предупредить наркоманию легче, чем лечить.

Несмотря на то, что аддиктивное поведение может сформироваться в любом возрасте, большинство исследователей отмечают, что подростковый возраст – наиболее уязвим в отношении его возникновения и развития. Данный факт объясняется с точки зрения особенностей подросткового возраста. Резко выраженные особенности подросткового возраста называют *подростковым комплексом* [25].

Подростковый комплекс характеризуется беспокойством, тревогой, склонностью к резким колебаниям настроения, импульсивностью, негативизмом, конфликтностью и противоречивостью чувств. К психологическим особенностям подросткового возраста относят перепады настроения, категоричность высказываний и суждений, желание подростка быть признанным и оцененным другими, сочетающееся с показной независимостью и бравадой, борьбу с авторитетами и обожествление кумиров. Эгоистичность подростка проявляется наряду с преданностью и самопожертвованием. Проявление грубости и бесцеремонности к другим людям сочетается с невероятной собственной ранимостью, колебаниями ожиданий – от сияющего оптимизма к самому мрачному пессимизму.

Обостряется чувствительность подростка к оценке другими его внешности, способностей, силы, умений в сочетании с излишней

самоуверенностью, чрезмерным критиканством, пренебрежением к суждениям взрослых. Для подростков характерно сочетание чувствительности с поразительной чѐрствостью, а болезненной застенчивости – с наглостью. Жажда признания проявляется наряду с бравированием независимостью, а отказ от общепринятых правил – с обожествлением случайных кумиров. Подросток стремится к философским обобщениям, для него характерна внутренняя противоречивость психики, неопределѐнность уровня притязаний, склонность к крайним позициям; эгоцентризм мышления и склонность к теоретизированию [28]. Акцентируется конфликт идентичности против спутанности ролей, неопределѐнность, расстройство временной перспективы [2]. Подросток характеризуется оппозиционной готовностью, максимализмом в оценках, непереносимостью опеки, многообразием переживаний, связанных с пробуждающейся сексуальностью [16].

*Социальная позиция.* Противоречия между постоянно растущими потребностями и неравными возможностями их удовлетворения приобретают особенно острый характер применительно к подросткам. Бурное развитие физических, интеллектуальных, эмоциональных сил, желание утвердиться в мире взрослых вступает в противоречие с недостаточной социальной зрелостью, отсутствием профессионального и жизненного опыта, низкой квалификацией (или отсутствием таковой), а, следовательно, и невысоким (неопределѐнным, маргинальным) статусом. Подростки, молодѐжь не удовлетворены условиями обучения и труда, жилищными условиями, возможностями проявлять себя в творческой деятельности. Эта неудовлетворенность объясняется объективными обстоятельствами, а не «капризами» молодых [21, с.13].

*Влияние групп.* Противоречие между самооценкой и оценкой его личности окружающими может привести подростка к поиску групп, принадлежность к которым способствует удовлетворению потребности в самоуважении. В условиях, когда самооценка не находит опоры в социуме, когда его поведение оценивается другими исключительно негативно, когда потребность в самоуважении остаѐтся нереализованной – развивается резкое ощущение личностного дискомфорта. Личность не в состоянии выносить его бесконечно долго; подросток не может не искать выхода из сложившейся ситуации. Его самооценка должна найти адекватную опору в социальном пространстве. Одним из распространѐнных путей решения этой проблемы является переход подростка в группу, в которой характеристика его личности окружающими адекватна самооценке или даже превосходит её. Самооценка подростка получает адекватную опору в пространстве внешних социальных оценок личности [13].

Подростковые группы часто отличаются одноплановостью, однородной направленностью, территориальной общностью, примитивной символикой. Именно реакция группирования со сверстниками даёт возможность

подростку достижения и выражения своего авторитета [23, с.16]. В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода *реакциями эмансипации, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, увлечения, сексуальных влечений* [26]. Эти же реакции могут способствовать вовлечению подростков в группы, при условии, что эти группы позволяют удовлетворить какие-либо потребности подростка.

*Реакция оппозиции* вызывается завышенными претензиями к деятельности и поведению подростка, излишними ограничениями, невниманием к его интересам окружающих взрослых. Реакция оппозиции может быть вызвана и чрезвычайными требованиями к ребёнку, непосильной для него учебной или какой-либо другой нагрузкой, конфликтами в семье, школьной неуспеваемостью, несправедливым отношением. В зависимости от характерологических и эмоциональных особенностей ребёнка протест иногда проявляется активно в виде грубости, агрессивности, жестокости, демонстративных попыток самоубийства и т.п., или в пассивной форме – в виде отказа от еды, прогулов занятий и побегов из дома.

*Реакция имитации* проявляется в подражании определённому лицу, образцу. Иногда образцом может стать и антисоциальный герой. Известно, какое влияние оказывает на подростковую преступность возвеличивание преступника-супермена. Пропаганда уголовного романтизма, употребления ПАВ оказывает отрицательное влияние на самосознание подростка. Разновидностью реакции имитации является реакция отрицательной имитации – поведение, нарочито противопоставленное навязываемой модели (если модель отрицательна, то реакция является положительной).

*Реакция компенсации* - восполнение неудач в одной области подчёркнутым успехом в другой области. Например, неудачи в учёбе могут компенсироваться «смелым» поведением.

*Реакция гиперкомпенсации* – стремление к успеху в наиболее трудной для себя области деятельности. Например, присущая подростку робость может побудить его к отчаянному поведению, к вызывающему поступку. Крайне чувствительный и застенчивый подросток выбирает мужественный вид спорта: бокс, каратэ и т.п.

*Реакция эмансипации* – стремление освободиться от навязчивой опеки старших, самоутвердиться. Крайнее проявление – отрицание стандартов, общепринятых ценностей, норм закона, бродяжничество.

*Реакции, обусловленные формированием сексуальных влечений.* Важная особенность подростковой и юношеской сексуальности – её «экспериментальный» характер. Открывая свои сексуальные способности, подросток с разных сторон исследует их. Ни в каком другом возрасте не наблюдается такого большого числа случаев отклоняющегося, близкого к патологии поведения, как в 12-15 лет. От взрослых требуются большие знания и такт, чтобы отличить действительно тревожные симптомы,

требующие квалифицированного медицинского вмешательства, от внешне похожих на них, и тем не менее вполне естественных для этого возраста, форм сексуального «экспериментирования». К реакциям, обусловленным формированием сексуальных влечений относят онанизм, раннюю половую жизнь, петтинг и др.

*Реакция увлечения (хобби-реакция)* – проявляется в самых разнообразных подростковых увлечениях: поп-, рок-музыка; стиль одежды; стремление к получению легкой информации, не требующей больших размышлений (пустые многочасовые разговоры); увлечения, связанные с чувством азарта (компьютерные игры и т.п.); увлечения, обеспечивающие всеобщий успех и внимание (артист, гитарист, чемпион, модница и т.д.); увлечения, связанные с физическим самоутверждением, овладением престижными навыками (водить машину, мотоцикл и др.).

Перечисленные реакции лежат в основе и формируют «закон подростковой моды» всех времён, элементами которой являются:

- а) *униформа* (одежда, причёска, аксессуары, привычки и т.д.);
- б) *язык* (вербальный и невербальный);
- в) *места дислокации*;
- г) *ритуалы* (приёма в группу, особенности проведения досуга, контроль за членами группы и т.д.);
- д) *поведение* (элементы эпатажности).

Проблема состоит в том, что молодежь более старшего, не подросткового поколения, выступает по преимуществу транслятором наркотической субкультуры и облегченного отношения к наркотикам. Это дает основание сформулировать положение о существовании "возрастной волны" в трансляции "нового" отношения к наркотикам. Таким образом, мы имеем в настоящее время своеобразный вызов со стороны особой молодежной наркотической субкультуры, которая базируется в дискотеках, досуговых учреждениях, учебных заведениях.

Эта субкультура пропагандирует следующие ценности:

1. Наркотики бывают "серьезные" и несерьезные";
2. Наркотики делают человека "свободным";
3. Наркотики помогают решать жизненные проблемы;
4. Наркотики могут и должны быть легализованы.

Результатом такого информационного воздействия являются следующие моменты реальной наркогенной ситуации:

1. Из числа детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, около 41,2% детей впервые встретились с наркотическим средством в возрастном периоде от 11 до 14 лет.

2. Основную возрастную группу риска составляют несовершеннолетние - дети и подростки в периоде от 11 до 17 лет; при этом в группе наркоманов доминирует возраст первой встречи с наркотиками с 11 до 14 лет, а в группе, злоупотребляющих психоактивными веществами, - в периоде от 15- 17 лет.

3. Большинство впервые попробовавших наркотик учились в 9 - 11 классах или на соответствующих им курсах обучения в системе начального и среднего профессионального образования, ведущим способом употребления наркотических средств является курение.

4. Основными поставщиками наркотических средств являются друзья и знакомые (75%).

В этой ситуации подростки быстрее, чем взрослые попадают в болезненную зависимость. Это определяет резкое укорочение периода возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и «запущенность» наркологических проблем при первичном обращении детей и подростков за помощью. Эти факторы определяют объективную необходимость существенной перестройки и активизации системы первичной комплексной профилактики употребления психоактивных веществ [2, С.106-108].

Общие признаки начала потребления психоактивных веществ подростками: снижение интереса к учебе, обычным увлечениям; появляется отчужденность, эмоционально «холодное» отношение к окружающим, могут усиливаться такие черты, как скрытность и лживость»; нередко возможны эпизоды агрессивности, раздражительности, которые сменяются периодами неестественного благодушия; компания, с которой общается подросток, зачастую состоит из лиц более старшего возраста; эпизодическое наличие крупных или непонятного происхождения небольших сумм денег, не соответствующих достатку семьи; появляется стремление занять деньги или отобрать их у более слабых; тенденция общаться по преимуществу с подростками, которые заведомо употребляют наркотики и/или другие психоактивные вещества; повышенный интерес к детям из обеспеченных семей, назойливое стремление с ними подружиться; наличие таких атрибутов наркотизации, как шприцев, игл, небольших пузырьков, облаток из-под таблеток, небольших кулекчиков из целлофана или фольги, тюбиков из-под клея, пластиковых пакетов от резко пахнущих веществ, наличие специфического химического запаха от одежды и изо рта; изменение аппетита - от полного отсутствия до резкого усиления, обжорства; эпизодически тошнота, рвота; наличие следов от инъекций в области локтевых сгибов, предплечий, кистей рук, раздражений на коже, слизистых; «беспричинное» сужение или расширение зрачков.

Решающим признаком употребления подростком психоактивных средств является выявление состояния наркотического одурманивания.

При оценке употребления психоактивных веществ всегда необходимо проявлять тактичность и осторожность. Особенно это относится к работе с несовершеннолетними, имеющими наркологические проблемы, так как необоснованные подозрения в употреблении наркотических веществ могут сами по себе оказаться психотравмирующим фактором и, в свою очередь, подтолкнуть к их реальному употреблению.

Обратимся к классификации видов зависимого поведения (В.Д. Менделевич).

1. Химические (алкоголь, наркотики, никотин, токсикомания).
2. Нехимические (игровая, компьютерная, зависимость от здорового образа жизни, зависимость от экстремальных видов спорта, шопоголизм, трудоголизм).
3. Зависимость от человека. Зависимое (астеническое) личностное расстройство.

Клинический опыт показывает, что в случае зависимости от человека большую роль играют психологические механизмы. В случае зависимости от вещества - биохимия.

Рассмотрим более детально критерии диагностики зависимостей.

1. Реализация зависимости позволяет избежать синдрома отмены (абстинентного синдрома). Если нет объекта зависимости – человеку становится клинически хуже. Возвращение объекта зависимости улучшает его клиническое состояние.

2. Увеличение времени на соприкосновение с объектом зависимости. (Времени на объект зависимости человек тратит объективно больше, чем планирует). Наркологи говорят, что теряется контроль дозы. И человек, к примеру, выпивает больше, чем планировал. Наркоман укололся, думает, уколюсь через неделю, но колется на следующий день. Происходит незапланированное увеличение времени на объект зависимости. Потеря субъективного контроля («Мне кажется, что я контролирую дозу, а получается, что нет»).

3. Значимая (продуктивная) социальная, профессиональная деятельность и отдых редуцируются или прекращаются и замещаются объектом зависимости. Жизнь человека упрощается. Он меньше работает, меньше добивается успехов, обедняются формы отдыха. Объект зависимости начинает занимать больше времени, вытесняя остальные формы отдыха. Например, раньше человек мог попить пиво, почитать книжку, сходить в кино, на прогулку. Прошел год. Из всех форм отдыха он выбирает алкоголь. Прошел еще год. Появляются проблемы в семье. И значимая деятельность (работа, семья) замещается объектом зависимости.

4. Соприкосновение с объектом зависимости продолжается, несмотря на имеющуюся информацию о неблагоприятных последствиях. Ребенок сидит за компьютером, прекрасно понимая, что его накажут родители. Алкоголик знает, что будет интоксикация, но все равно пьет. Включаются регрессивные механизмы.

5. Жалобы окружающих на идентифицированного пациента. Необходимо отметить сущностную характеристику психического здоровья – это умение ладить с социумом, способность к социальной адаптации. И если вдруг социум выдает агрессивный сигнал, значит с моим психическим здоровьем что-то не так. Например, на приеме пациент с диагнозом

алкоголизм говорит: «Нет никакого у меня алкоголизма, я работаю, зарабатываю, семью обеспечиваю. Пью и пью, все нормально, вот только жена чего-то напрягается». А вот «жена напрягается» - это и есть неприятность.

Если выявляем 3 критерия из 5 – зависимость диагностируется. Эти 5 критериев - очень хороший диагностический инструмент. Сверхнадежный. Позволяет отсеять пациентов с психологическими проблемами или с другими нарушениями психики (например, пациентов с органическими нарушениями головного мозга).

Вместе с тем, напомним, что базисной характеристикой аддиктивной личности является зависимость (В.Д. Менделевич). Для отнесения человека к зависимому типу человек тестируется на наличие/отсутствие перечисленные ниже признаков. Наличие пяти из них достаточно для диагностики клинической зависимости:

- неспособность принимать решения без советов других людей;
- готовность позволять другим принимать за себя важные решения;
- готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутыми, даже при понимании того, что они не правы;
- затруднения начать какое-то дело самостоятельно;
- готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
- плохая переносимость одиночества - готовность прилагать значительные усилия, чтобы его избежать;
- ощущение опустошения или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
- охваченность страхом быть отвергнутым;
- легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

Кроме того, некоторые исследователи (В.Д. Менделевич, В.Д. Москаленко) диагностируют аддиктивную патологию с позиции *психосоциальных факторов*:

1. Недостаточность исходных волевых качеств и побудительная неустойчивость с ориентацией на легко достижимые цели и игнорирование принципа реальности.

По А.Е. Личко - это неустойчивая акцентуация. Такие личности живут «здесь и сейчас», не живут завтрашним днем и не способны принимать решения.

2. Алекситимия – неспособность сообщить и дифференцировать свои чувства.

3. Специфическое микросоциальное окружение. Алкогольные кварталы, деревни алкоголиков.

Таким образом, в процессе своего становления зависимость проходит следующие **циклы** (Т. Горски):

1. Краткое удовольствие. Употребив ПАВ, человек чувствует себя хорошо.

2. Долгосрочная боль. Краткосрочное вознаграждение, в конечном счёте, сменяется долгосрочной болью. Эта боль, частично – от физической абстиненции, а частично – от неспособности справляться с психологическим и социальным состоянием без наркотиков, является прямым следствием употребления алкоголя (наркотиков, лекарств).

3. Зависимое мышление. Долгосрочная боль и дисфункция запускают зависимое мышление. Зависимое мышление начинается с навязчивых идей и компульсивных желаний. Навязчивые идеи – это непрерывные размышления о приятных эффектах употребления алкоголя и наркотиков. Компульсивные (захватывающие) желания – это не имеющие разумных объяснений побуждения или тяга к употреблению наркотиков с целью получения желаемых ощущений. Идя на поводу у компульсивных желаний, человек испытывает потребность заглушить голос разума. При этом срабатывают такие механизмы психологической защиты, как отрицание и рационализация. Отрицание – это неспособность признать наличие проблемы. Рационализации – это взваливание вины за возникающие проблемы не на употребление наркотиков, а на других людей или ситуации.

4. Возрастающая толерантность. Требуется всё большее количество наркотиков/алкоголя, чтобы достичь того же эффекта.

5. Потеря контроля. Навязчивые идеи и компульсивные желания становятся настолько сильными, что человек не может думать о чём-то другом.

6. Биопсихосоциальный ущерб. Наносится ущерб физическому и психологическому здоровью и отношениям с другими людьми (социальному здоровью). Поскольку боль и напряжение усиливаются, компульсивное желание употребить наркотики или продемонстрировать разрушительное поведение, чтобы получить облегчение от боли, растёт.

В картине проявлений химической зависимости как болезни можно выделить ряд синдромов:

1. *Синдром измененной реактивности* характеризуется изменением всех защитных реакций организма, изменением толерантности к ПАВ(появляется возможность переносить более высокие дозы, потребность в более высоких дозировках для достижения прежних эффектов), изменением формы потребления (факты приема ПАВ учащаются, изменяются пути введения для достижения большей эффективности при одинаковой дозировке).

Психоактивные вещества оказывают на ЦНС человека огромное влияние на всех уровнях функционирования – молекулярном, клеточном, системном и синаптическом. Любое такое влияние сопровождается изменением обмена веществ.



В организм психоактивные вещества могут попадать разными способами:

- перорально (через органы пищеварительной системы);
- парентерально (внутримышечно или внутривенно);
- интраназально (через носоглотку путем вдыхания измельченного вещества);
- через органы дыхания (путем курения или вдыхания паров).

2. *Синдром психической зависимости* характеризуется навязчивым (обсессивным) влечением, у человека появляются постоянные мысли о ПАВ. Влечение определяет настроение и эмоциональный фон - в предвкушении приема происходит подъем настроения, неудовлетворенность при отсутствии ПАВ. Человек неадекватно положительно оценивает все, что связано с наркотизацией и чрезмерно отрицательно относится ко всем и ко всему, что мешает употреблению ПАВ. Этот признак является одним из ранних и именно из-за него очень часто усилия пациента и врача остаются безрезультатны. Психическим комфортом в период интоксикации – после употребления ПАВ восстановлением психических функций, улучшением внимания, работоспособности и др. по сравнению с состоянием воздержания от ПАВ.

3. *Синдром физической зависимости* характеризуется непреодолимым (компульсивным) влечением к ПАВ: определяется отношением к употреблению ПАВ, которое достигает уровня жизненных потребностей и способно периодически вытеснять их, занимает все содержание сознания на настоящий момент. Сопровождается вегетативными проявлениями (дрожью, расширением зрачков, влажностью кожи, сухостью во рту), потерей количественного и ситуационного контроля (употребление в ситуациях и местах, где употребление изначально не планировалось и ранее не практиковалось), употреблением более высоких доз, чем планировалось ранее, увеличивается риск возникновения передозировок. Формируется ощущение возможности достижения физического комфорта только в интоксикации после употребления ПАВ (учащаются случаи улучшения физического самочувствия после приема дозы химического вещества не вызывающие чувства эйфории). Формируется состояние абстиненции (отмены), характерное физическими и психическими расстройствами, возникающими в ответ на выведение психоактивного вещества из организма (специфичны для каждого ПАВ).

Зависимая личность болезненно реагирует на прекращение употребления ПАВ, влияющего на настроение (состояние в период отсутствия вещества, вызывающего зависимость). В состоянии синдрома отмены действия ПАВ наркоман несчастен, испытывает чувства страха, потери, социальные симптомы в период отмены выражаются в отсутствии социального взаимодействия.

В течение развития зависимости от психоактивных веществ выделяют несколько основных стадий:

*1. Начало употребления.*

Чаще люди начинают употребление ПАВ в молодом возрасте. Наиболее распространенными причинами первого опыта употребления считается любопытство, влияние авторитетных личностей, жажда новых впечатлений, стремление к подражанию и желание принадлежности группе.

*2. Экспериментирование.*

Постепенно начинается экспериментирование с разными видами ПАВ. Употребление чаще всего происходит с намерением достичь эйфоризирующего эффекта.

*3. Социальное употребление.*

Складывается определенная форма употребления вещества. Употребление происходит в определенных группах и ситуациях.

*4. Привычное употребление.*

Употребление становится привычным. Человек стремится (не всегда осознанно) подыскать друзей, употребляющих то же вещество. Возникает потребность в ПАВ и озабоченность тем, чтобы оно всегда было доступно. Для достижения желаемого эффекта приходится принимать большие дозы.

*5. Чрезмерное употребление.*

Начинаются проблемы во взаимоотношениях, неприятности на работе, финансовые проблемы и проблемы с законом, что приводит к еще большему употреблению из-за стремления «снять» стресс. В последствии ПАВ принимается для облегчения и устранения проявлений абстиненции, «ломки», а не для достижения эйфории.

*6. Болезненное пристрастие.*

Утрачивается контроль над употреблением ПАВ. Употребление продолжается, не смотря на явные отрицательные последствия (разрушение отношений, потеря работы, угроза уголовного преследования, проблемы со здоровьем). Человек перестает видеть связь между употреблением вещества и возникающими отрицательными последствиями.

Таким образом, синдром химической зависимости – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Характерным признаком синдрома химической зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять ПАВ, алкоголь или табак. Возвращение к употреблению ПАВ после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Аддиктивное поведение представляет собой сложное социопсиходуховное образование. Более детально социопсиходуховную

модель формирования химических зависимостей рассмотрим в следующем параграфе.

## 1.2. Концепция зависимой личности

Любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет внутреннее происхождение. Индивид становится зависимым от чего-либо или кого-либо не в силу давления или принуждения извне, а из-за готовности подчиняться. В этом отношении и химические зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм), и игровые зависимости (гемблинг, интернет-зависимость), и сексуальные девиации, и зависимость от пищи, и фанатизм имеют сходные корни. Все они базируются на индивидуально-личностных качествах человека. То есть можно с высокой вероятностью предполагать, что зависимая личность, сформированная в процессе социализации, даже без внешнего инициирования способна легко найти себе в окружающем мире «подходящий» объект или субъект зависимости.

Подавляющее большинство специалистов, изучающих наркоманию, алкоголизм, никотинизм и иные формы зависимого поведения, сходятся во мнении, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности, в силу чего у индивида и сформировалась зависимость. Однако список значимых личностных особенностей настолько широк (а иногда и противоречив), что затруднительно выделить существенных характеристик человека, склонного к зависимому поведению.

Наиболее часто упоминается такая характеристика, как *инфантильность*, или психический инфантилизм. Считается, что именно эта особенность наиболее часто лежит в основе формирования зависимого поведения. Во-первых, потому что именно в детстве и юности (а «инфантильность» и означает «детскость») преимущественно возникают зависимости, во-вторых, потому что гармоничный взрослый человек стремится к независимости и свободе.

Зависимой личности в высшей степени присуща *внушаемость*. Под внушаемостью понимается легкость усвоения человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний, установок, оценок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица (лиц) без критического осмысления реальности и стремления противостоять этому воздействию. Считается, что при этом многое из происходящего принимается на веру, глубоко не анализируется и не подвергается пристрастному осмыслению. В.М. Бехтерев полагал, что внушение входит в сознание человека не с парадного входа, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа — критику.

Одной из важных характеристик зависимой личности считается *неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать*

*будущее*. Известно, что для людей с личностными расстройствами и девиациями типично прямое следование случайно возникшей ситуации под непосредственным влиянием внешних условий, без учета соответствующего вероятностного прогноза. В определенных ситуациях у таких людей может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности. И все это при полном отсутствии какого-либо понимания своей недостаточности, несмотря на печальный жизненный опыт. Эта недостаточность обнаруживается не в связи с утратой знаний, снижением способности к усвоению нового, а из-за отсутствия должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного. Индивид с зависимыми формами поведения, как правило, либо не склонен прогнозировать и планировать собственное будущее, либо ориентирован лишь на успех — положительный для него исход событий. Так, наркозависимый живет сегодняшним днем, минутой. Его не страшит состояние, которое может развиться после употребления наркотика. Его ничему не учит прошлый (собственный или чужой) опыт. Он не способен или не желает в полном объеме представить свое будущее.

Еще одна характеристика зависимой личности — *ригидность*, под которой понимается негибкость, тугоподвижность всей психической деятельности, и в частности, установок, экспектаций (ожиданий), стилей поведения, осмысления действительности. По мнению Г.В. Залевского, психическая ригидность включает в себя склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения и неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания.

В структуру зависимой личности входят характеристики *наивности, простодушия, непосредственности* — базовые для формирования свойств внушаемости. Под наивностью понимается неопытность и неосведомленность. Человек, склонный к наркозависимости, часто не имеет всей полноты информации о том, каковы реальные последствия употребления наркотических веществ. Его представления об этом носят детский, непосредственный характер. Он часто склонен удивляться, обижаться и разочаровываться в силу отсутствия точного понятия о реальности. Простодушие — это бесхитрость, неточное понимание смысла поступков окружающих, излишняя доверчивость. Такой человек часто попадает впросак из-за слишком непосредственного, инфантильного взгляда на жизнь. Под влиянием сформировавшегося зависимого поведения его простодушие оборачивается противоположным качеством — лживостью.

Кроме того, А.В. Логунов, говоря о семейном факторе в развитии наркомании, указывает на значимость неправильного воспитания. При гиперопеке формируется незрелая личность (психический инфантилизм) без мотивации к труду с установкой на получение удовольствий, без

ответственности за свои поступки. При переходе в подростковый возраст такие дети проявляют себя как дезадаптированные личности, неспособные к принятию собственных решений, позитивной деятельности. В качестве средства ухода от проблем они очень скоро начинают использовать психоактивные вещества.

Рассмотрим зависимость как биопсихосоциальную болезнь. Это означает, что зависимость – физическая болезнь (био-), воздействующая на способ мышления (психо-) и взаимоотношения (социо-).

Для более полного понимания понятия зависимости от ПАВ принято использовать комплексный *«био-психо-социо-духовный»* подход, который позволяет рассмотреть эту проблему с разных точек зрения, а также отражает влияние психоактивных веществ на 4 основные составляющие человеческой жизни:

1. *«Биологический подход»*- затрагивает биологическую сторону зависимости, которая показывает особенности влияния принимаемых химических веществ на организм человека. В результате биологических последствий употребления ПАВ страдают как отдельные органы, так и целые системы жизнедеятельности организма.

2. *«Психологический (психотерапевтический) подход»* - затрагивает психическую сторону зависимости. При употреблении психоактивных веществ у человека возникают разнообразные изменения психических процессов, которые несут за собой эмоциональную опустошенность, вытеснение обычных стремлений и потребностей тягой к психоактивному веществу, сужение круга интересов, снижение стремления узнать что-то новое, ухудшение памяти и снижение продуктивности умственной деятельности, снижение уровня интеллекта, падение активности и энергетического потенциала, повышение утомляемости, тревога и депрессия, раздражительность, вспышки злобы и агрессии.

3. *«Социальный подход»* - затрагивает социальную сторону зависимости. Социальная среда может оказать влияние на развитие зависимости от психоактивных веществ. В свою очередь зависимость может наложить отпечаток на взаимоотношения человека с социумом - она постепенно разрушает связи с другими людьми, снижается их значимость, ухудшает качество жизни человека в социальном пространстве. Зависимый человек перестает быть частью общества. Все, что раньше было значимым, дорогим и любимым - теряет смысл. Попытки близких помочь зависимому вызывают у него раздражение и злобу. Появляются проблемы с работой и учебой. Понятия о моральных нормах становятся размытыми, что часто приводит к конфликту с законом.

4. *«Духовный подход»* - затрагивает нравственную (духовную) сторону зависимости, смысл и цели жизни. Человек теряет смысл своего существования, не испытывает стремления к чему-то большему, чем удовлетворение собственных физических потребностей, теряет нравственный

стержень, ему становятся безразличными такие понятия, как любовь к Родине, забота о людях, сострадание к слабым и больным, альтруизм, самопожертвование и т.д.

Таким образом, мы видим, что зависимость от психоактивных веществ может привести к колоссальным и непоправимым последствиям в разных сферах жизни человека.

Зависимость отличается от привычки тем, что зависимый человек уже не может без наркотика испытывать положительные эмоции, не может справляться с болезненными ситуациями, общаться на трезвую голову.

Психическую зависимость преодолеть гораздо труднее, чем справиться с физической ломкой.

Рассмотрев психосоциальные предпосылки химических зависимостей, обратимся к описанию проявлений болезни на психологическом уровне: тоннельное видение – все мысли прямо или косвенно сконцентрированы на употреблении; избирательная память – помнится хорошее, плохое забывается; скачущее эмоциональное состояние – от бесчувствия к крайне интенсивным чувствам; навязчивое желание употребить; провалы, ухудшение памяти; душевные страдания при отсутствии наркотика; отрицание проблем, связанных с употреблением, и самой болезни; нарушение причинно - следственной связи; неспособность адекватно воспринимать реальность; ложь – даже там, где проще сказать правду.

При этом многие ученые (Т. Горски, К.Ю. Королев, В.Д. Москаленко, О.В. Ерышев) отмечают следующий факт: после снятия ломки разрушения на уровне психики остаются, и игнорирование этой проблемы неизменно приводит к рецидиву.

Обратимся к предпосылкам развития химических зависимостей на социальном уровне: употребление химических веществ (алкоголь, табак) – традиционно и легально; употребление - социальная норма, не нормально не употреблять; неполная семья, психологически нездоровая атмосфера в семье (даже в полной); частые переезды; проявления зависимостей в семье; мода; реклама – не только прямая реклама алкогольных напитков, но и косвенная, например реклама обезболивающих – таблетка от боли; отсутствие четких жизненных ориентиров, разорванная связь между поколениями; отсутствие здоровой модели поведения.

Социальные проявления: изменение круга общения; отношения типа «ты мне – я тебе»; манипуляции; обман; изоляция и потеря социальных навыков; преступления.

Говоря о предпосылках химических зависимостей на духовном уровне, стоит отметить следующее: «двойной стандарт» поведения и, как следствие, нравственная дезориентация; ощущение бессмысленности жизни; духовная пустота, скука.

Все эти стороны жизни необходимо восстанавливать. А это очень долгий и трудный путь, пройти который, имея больную психику, но не имея помощи –

практически невозможно.

Современной науке хорошо известно, что наркомания – заболевание хроническое, прогрессирующее и неизлечимое.

Хроническое, так как всегда остается возможность рецидива, более того, это наиболее рецидивное заболевание (рецидив – срыв).

Прогрессирующее, потому что разрушения будут только увеличиваться. Кроме того, начиная употребление вновь, уже невозможно самостоятельно остановиться.

Неизлечимым же оно названо не только потому, что на сегодня медицина не знает средств ликвидации последствий, вызывающих нарушения обмена веществ в организме наркомана и алкоголика.

Неизлечимой наркомания называется и в том смысле, что никакой человек не способен целиком избавиться от всех своих проблем: психологических, телесных и духовных. А ведь именно эти проблемы и являются причинами болезней, в том числе и наркомании. То есть невозможно выздороветь, но можно выздоравливать.

Резюмируя приведенные факты, следует указать, что с позиции концепции зависимой личности необходимо обращать внимание на то, что в преморбиде (доболезненное состояние) зависимого поведения значимым является не обобщенная характеристика, облаченная в форму акцентуации характера или личностного расстройств, а отдельные специфические качества и черты, составляющие портрет аддикта, его социальные связи и уровень духовного развития. Эти социально-психологические данные необходимо учитывать при организации профилактики зависимости от ПАВ.

### **1.3. Общее представление о профилактике ПАВ**

Одним из наиболее активных участников процесса профилактики зависимости от ПАВ в РФ является система образования. Имеющийся у нее профессиональный, организационный ресурс, а также сфера ее социального влияния позволяют обеспечивать комплексное, системное воздействие на целый ряд социальных групп, прежде всего, несовершеннолетних и молодежи, а, следовательно, вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у подрастающего поколения.

Федеральный закон от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (ст. 4, п. 2) устанавливает, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду.

В соответствии со ст. 32 и 51 Закона РФ от 10 июля 1992 г. №3266-1 «Об образовании» образовательное учреждение несет в установленном

законодательством РФ порядке ответственность за жизнь и здоровье обучающихся, воспитанников во время образовательного процесса, создает условия, гарантирующие охрану и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников.

ФЗ от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» к органам и учреждениям системы профилактики отнесены органы управления образованием, которые разрабатывают и внедряют в практику образовательных учреждений программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних, и образовательные учреждения, обеспечивающие выявление несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (в том числе употребляющих наркотики), и в пределах своей компетенции осуществляющих индивидуальную профилактическую работу с такими несовершеннолетними.

При решении задач профилактики употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью в образовательной среде необходимо развитие содержательных, научных, методических оснований профилактической деятельности в соответствии с реалиями современного этапа развития общества.

Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде (одобрена решением Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту от 22 мая 2000 г.) (далее – Концепция 2000 г.) содержала базовые принципиальные положения, на основании которых во всех субъектах РФ в рамках единого методологического подхода началась реализация региональных программ профилактики злоупотребления ПАВ. Благодаря Концепции 2000 г. впервые в истории отечественной системы превенции разработана стратегия объединения усилий различных социальных структур для организации единого профилактического пространства и создания инфраструктуры профилактической деятельности в образовательной среде.

В настоящее время возникла необходимость дальнейшего развития методологических и организационных основ профилактической деятельности в образовательной среде. Она обусловлена как существенными изменениями социальных, социокультурных характеристик ситуации, связанной с распространенностью ПАВ среди несовершеннолетних и молодежи, так и изменениями реалий жизни современного общества в целом, возросшей актуальностью формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, а также изменениями государственной политики в сфере борьбы с наркоманией, алкоголизмом, табакокурением. С одной стороны, профилактическая деятельность ориентируется на дальнейшее усиление и ужесточение контроля за распространением ПАВ, с другой – определяет



приоритет задач первичной профилактики, основанной, главным образом, на развитии культуры здорового образа жизни и других социально значимых ценностей – созидания, творчества, духовного и нравственного совершенствования человека.

Обратимся к основным положениям Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г. (утверждена Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. №690), Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. (утверждена распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №2128-р), а также Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака 2010-2015 гг. (утверждена распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. №1563-р), в части профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения.

Минобрнауки России совместно с Рособрнадзором определяют единую стратегию и минимальный объем требований и условий к проведению профилактики употребления ПАВ в образовательной среде.

Органы исполнительной власти, осуществляющие управление в сфере образования, на региональном и муниципальном уровнях определяют специфику профилактической деятельности в учреждениях образования с учетом региональных социально-экономических, социокультурных условий; объем профилактических воздействий в соответствии со стратегией реализации региональной профилактической программы и ресурсами административной территории, включая кадровый потенциал специалистов, осуществляющих профилактическую деятельность.

В связи с многообразием профилактических программ в образовательной среде на территории РФ Концепция, наряду с определением стратегии, цели и средств профилактической деятельности, выполняет определенные организационно-методическую и регламентирующую функции.

#### *Цели, задачи и принципы профилактики употребления ПАВ*

Профилактика в образовательной среде является компонентом общей системы предупреждения употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью и формирования здорового образа жизни в обществе.

*Цель* профилактики в образовательной среде – развитие на постоянной основе инфраструктуры и содержания профилактической деятельности, направленной на минимизацию уровня вовлеченности в употребление ПАВ обучающихся, воспитанников образовательных учреждений.

*Целевыми группами (субъектами)* профилактики употребления ПАВ в образовательной среде являются: обучающиеся, воспитанники, а также их родители (законные представители), специалисты образовательных учреждений (педагоги, медицинские работники, психологи, социальные работники), сотрудники территориальных органов ФСКН России,

сотрудники органов внутренних дел, представители общественных объединений и организаций, способные оказывать влияние на формирование здорового образа жизни в среде несовершеннолетних и молодежи.

*Задачами профилактики* зависимости от ПАВ в образовательной среде являются: формирование единого профилактического пространства образовательной среде путем объединения усилий всех участников профилактического процесса для обеспечения комплексного системного воздействия на целевые группы профилактики; мониторинг состояния организации профилактической деятельности в образовательной среде и оценка ее эффективности, а также характеристика ситуаций, связанных с распространением употребления ПАВ обучающимися, воспитанниками образовательных учреждений; исключение влияния условий и факторов, способных провоцировать вовлечение в употребление ПАВ обучающихся, воспитанников образовательных учреждений; развитие ресурсов, обеспечивающих снижение риска употребления ПАВ среди обучающихся, воспитанников:

*личностных* — формирование социально значимых знаний, ценностных ориентаций, нравственных представлений и форм поведения у целевых групп профилактики;

*социально-средовых* — создание инфраструктуры службы социальной, психологической поддержки и развития позитивно ориентированных интересов, досуга и здоровья;

*этико-правовых* — утверждение в обществе всех форм контроля (юридического, социального, медицинского), препятствующих употреблению ПАВ среди обучающихся, воспитанников образовательных учреждений.

*Объектами* профилактики в образовательной среде являются обучающиеся, воспитанники, а также условия и факторы жизни обучающихся, воспитанников, связанные с риском употребления ПАВ, влияние которых возможно корректировать или нивелировать за счет специально организованного профилактического воздействия.

*Первая группа* объектов объединяет факторы и условия, внешние по отношению к личности обучающегося, воспитанника. Их действие проявляется на макросоциальном уровне общества в целом и на микросоциальном уровне как влияние ближайшего окружения. К социальным факторам и условиям относятся: доступность ПАВ, связанная с низкой эффективностью контроля за распространением ПАВ либеральные установки в отношении употребления ПАВ, которые демонстрируются средствами массовой информации, обществом в целом и значимыми для школьника социальными группами (семья, сверстники, друзья и т.д.); недостаточный уровень развития инфраструктуры, обеспечивающей эффективную социальную адаптацию обучающихся, воспитанников (досуговые учреждения, социально-психологические службы); социально-

психологические особенности ближайшего окружения школьника или подростка, в том числе и его родителей (законных представителей).

*Вторая группа* объектов профилактики объединяет личностные характеристики обучающихся, воспитанников образовательных учреждений, имеющие связь с риском употребления ПАВ: представление о себе и отношении к окружающему миру; стрессоустойчивость и социально-психологическая адаптивность; представление об аспектах употребления ПАВ.

Организация профилактической работы в образовательной среде осуществляется на основе следующих принципов.

*Принцип системности* определяет при реализации профилактической деятельности в образовательной среде организационно-методическое взаимодействие федеральных органов исполнительной власти и подведомственных им организаций, включенных в профилактику, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления и подведомственных им организаций, а также межпрофессиональное взаимодействие специалистов различных социальных практик (социальный педагог, психолог, медицинский специалист, школьный инспектор по делам несовершеннолетних и т.д.), имеющих единую цель, гибкую структуру и механизм обратной связи, которые позволяют корректировать текущие задачи и индикаторы эффективности комплексной деятельности.

*Принцип стратегической целостности* обуславливает для организаторов и активных участников профилактической деятельности на всех уровнях взаимодействия единую стратегию профилактической деятельности, включая основные направления, методические подходы и конкретные мероприятия,

*Принцип многоаспектности* профилактики основан на понимании употребления ПАВ как сложного социально-психологического явления, что обуславливает комплексное использование социальных, психологических и личностно-ориентированных направлений и форм профилактической деятельности, охватывающих основные сферы социализации обучающихся, воспитанников образовательных учреждений.

*Принцип ситуационной адекватности профилактической деятельности* определяет соответствие содержания и организации профилактики реалиям экономической и социальной жизни и ситуации, связанной с употреблением ПАВ, в стране и регионе.

*Принцип динамичности* предполагает подвижность и гибкость связей между структурами и компонентами профилактической системы, обеспечивающих возможность ее развития и совершенствования с учетом достигнутых результатов.

*Принцип эффективного использования ресурсов участников профилактики* предполагает, что основная часть задач профилактической

деятельности реализуется за счет уже имеющихся у социальных институтов содержательных, методических, профессиональных ресурсов.

*Принцип легитимности* определяет соответствие любых форм профилактической деятельности в образовательной среде законодательству страны.

### *Структура организации профилактической деятельности в образовательной среде*

Одним из социальных институтов, реализующих профилактическую деятельность, являются образовательные учреждения.

В организации профилактики принимают участие и другие социальные структуры, сфера задач которых связана с предупреждением употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью.

В качестве полноценного субъекта профилактики включаются общественные объединения и организации («Матери против наркотиков», антиалкогольные и антинаркотические детско-молодежные движения волонтеров «Добровольный выбор» (ВСГАО), общественные организации досуговой и трудовой занятости несовершеннолетних и др.).

Привлечение и координация всех субъектов профилактики ПАВ в образовательной среде (системы здравоохранения, правопорядка, культуры, социальной защиты населения, общественных объединений и организаций и др.) осуществляется координирующим органом на региональном уровне (антинаркотическими комиссиями).

Взаимодействие между субъектами профилактики для решения общих задач предупреждения употребления ПАВ обучающимися, воспитанниками выстраивается на основе следующих условий: разделения сферы профилактической деятельности с учетом специфики непосредственных функций участников (образование, здравоохранение, обеспечение правопорядка, социальная защита населения, общественные организации), взаимодополнения и поддержки (содержание и формы организации профилактики, используемые участниками, не дублируют, а дополняют друг друга, обеспечивая комплексное системное воздействие на адресные группы).

Реализация задач профилактики употребления ПАВ в образовательной среде осуществляется на следующих уровнях.

*Первый уровень* предполагает реализацию профилактических задач в масштабах деятельности социальных институтов (системы здравоохранения, образования, социальной защиты населения). Он обеспечивает формирование единых механизмов реализации профилактического направления в масштабах общества и создает условия (организационные, правовые, содержательные) для предупреждения употребления ПАВ в конкретном региональном и муниципальном образовании.

*Второй уровень* предполагает реализацию профилактических задач в масштабах деятельности конкретных учреждений, относящихся к различным

социальным сферам, и ориентирован на конкретные социальные группы обучающихся, воспитанников, их родителей (законных представителей) и ближайшего окружения, специалистов системы профилактики.

Оба структурных уровня тесно взаимосвязаны.

В структуре содержания задач профилактики в образовательной среде выделяют *три направления* — *первичную, вторичную, третичную профилактику*.

*Первичная профилактика* направлена на предупреждение приобщения к употреблению ПАВ, вызывающих зависимость. Эта работа ориентирована на работу со здоровыми детьми и лицами из групп риска по употреблению ПАВ. К группам риска относятся несовершеннолетние и молодежь, в ближайшем окружении которых есть систематические потребители алкоголя и/или наркотических средств, а также несовершеннолетние, находящиеся в трудных жизненных обстоятельствах и неблагоприятных семейных или социальных условиях.

*Вторичная профилактика* — система социальных, психологических и медицинских мер, направленных на лиц, употребляющих ПАВ, с целью предотвращения формирования зависимости от ПАВ. Целевыми группами детей, подростков и молодежи для вторичной профилактики являются лица, систематически употребляющие ПАВ, но не обнаруживающие признаков формирования зависимости как болезни (алкоголизма, токсикомании, наркомании).

*Третичная профилактика* злоупотребления ПАВ — система социальных, психологических и медицинских действий с лицами, страдающими зависимостью от алкоголя, токсических и наркотических веществ, направленных на предотвращение рецидивов патологической зависимости и способствующих восстановлению здоровья, личностного и социального статуса больных, включая их возвращение в семью, в образовательное учреждение, к общественно-полезным видам деятельности. Третичная профилактика интегрируется с комплексной реабилитацией лиц, страдающих зависимостью от ПАВ.

Первичная профилактика является приоритетным направлением превентивной деятельности в образовательной среде и реализуется преимущественно через работу общеобразовательных учреждений. Основой содержания первичной профилактики в образовательной среде является педагогическая профилактика на основе педагогических и психологических технологий. Она связана с формированием и развитием у обучающихся, воспитанников личностных ресурсов, повышающих их устойчивость к негативным влияниям среды.

*Технологии профилактики употребления ПАВ в образовательной среде.*

Профилактика зависимости от ПАВ использует разнообразные виды технологий — социальные, педагогические, психологические.

*Социальные технологии* направлены на обеспечение условий эффективной социальной адаптации обучающихся и воспитанников образовательных учреждений, а также формирование и развитие в обществе ценностных ориентиров и нормативных представлений, которые могут выступать в качестве альтернативы ценностям и нормам субкультуры, пропагандирующей использование ПАВ.

Социальные технологии реализуют следующие направления воздействия: *информационно-просветительское направление* (антинаркотическая, антиалкогольная и антитабачная реклама, реклама здорового образа жизни в СМИ, телевизионные и радиопрограммы, посвященные проблеме профилактики; профилирующие Интернет-ресурсы); *социально-поддерживающее направление* (деятельность социальных служб, обеспечивающих помощь и поддержку группам несовершеннолетних с высоким риском вовлечения их в употребление ПАВ; детям и подросткам, испытывающим трудности социальной адаптации); *организационно-досуговое направление* (деятельность образовательных и социальных служб, обеспечивающих вовлечение несовершеннолетних в содержательные виды досуга клубы по интересам, спортивная деятельность, общественные движения).

*Педагогические технологии* профилактики направлены на формирование у адресных групп профилактики (прежде всего, у обучающихся, воспитанников) представлений, норм поведения, оценок, снижающих риск приобщения к ПАВ, а также на развитие личностных ресурсов, обеспечивающих эффективную социальную адаптацию.

В профилактической деятельности используются универсальные педагогические технологии (беседы, лекции, тренинги, ролевые игры, проектная деятельность и т.д.). Они служат основой для разработки профилактических обучающих программ, обеспечивающих специальное целенаправленное системное воздействие на адресные группы профилактики.

Важное значение в этом контексте приобретает развитие системы специальной подготовки педагогических кадров, позволяющей освоить педагогам, воспитателям, социальным работникам методы педагогических технологий для решения конкретных задач профилактики.

*Психологические технологии* профилактики направлены на коррекцию определенных психологических особенностей у обучающихся, воспитанников, затрудняющих их социальную адаптацию и повышающих риск вовлечения в систематическое употребление ПАВ. Целью психологического компонента программной профилактической деятельности в образовательной среде также является развитие психологических и личностных свойств субъектов образовательной среды, препятствующих формированию зависимости от ПАВ; формирование психологических и социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни; создание

благоприятного доверительного климата в коллективе и условий для успешной психологической адаптации.

В рамках программной профилактической деятельности психологические технологии реализуются в групповой работе и при индивидуальном консультировании детей, родителей (законных представителей), членов семей, педагогов и других участников учебно-воспитательного процесса.

*Видами консультирования являются:* консультирование, направленное на выявление тех или иных факторов риска формирования зависимости от ПАВ; мотивационное консультирование; консультирование при выявленных проблемах зависимости; групповой профилактический и/или психокоррекционный тренинг.

Одной из профилактических технологий является использование диагностического тестирования, в том числе в рамках регулярных медицинских осмотров, на употребление ПАВ обучающимися, воспитанниками. Следует отметить важность легитимного использования этого метода (на основании добровольного согласия несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) и в сопровождении психологического консультирования с целью оказания квалифицированной профессиональной психологической помощи).

Вышеперечисленные технологии профилактики должны стать одним из компонентов в программе подготовки и повышения квалификации как специалистов системы образования, так и при повышении родительской компетентности.

#### *Педагогическая профилактика как основной структурный и содержательный компонент системы профилактики*

Основным структурным и содержательным компонентом системы профилактики употребления ПАВ в образовательной среде является педагогическая профилактика. Ее содержание и идеология определяются общими целями и задачами профилактики в образовательной среде, связанными с комплексным воздействием на причины и последствия употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью.

Педагогическая профилактика представляет собой комплексную систему организации процесса обучения и воспитания детей и молодежи, обеспечивающую снижение риска употребления ПАВ за счет расширения социальных компетенций, формирования личностных свойств и качеств, повышающих устойчивость к негативным влияниям среды.

Реализация педагогической профилактики осуществляется за счет формирования у обучающихся и воспитанников негативного отношения ко всем формам употребления ПАВ как опасного для здоровья и социального статуса поведения, а также посредством формирования у них универсальных знаний, умений и навыков, обеспечивающих возможность реализовывать

свои потребности социально значимыми способами с учетом личностных ресурсов.

Выделяются два основных *направления* педагогической профилактики:

-непосредственное педагогическое воздействие на несовершеннолетних и молодежь с целью формирования у них желаемых свойств и качеств;

-создание благоприятных условий для эффективной социальной адаптации.

Основой содержания педагогической профилактики является система представлений об употреблении ПАВ как многоаспектном социально-психологическом явлении, имеющем социокультурные корни. Исходя из этого, воспитание и обучение опираются на ценности отечественной и мировой культуры, способные выступать в качестве альтернативы идеологии субкультур, проповедующих использование ПАВ.

Для реализации педагогической профилактики используются разнообразные *превентивные технологии и формы организации воздействия* на адресные группы. К ним относятся: интеграция профилактического содержания в базовые учебные программы, воспитательная внеурочная работа (тренинговые занятия, ролевые игры, дискуссии, индивидуальная работа с обучающимися, воспитанниками, разработка и внедрение образовательных программ для родителей (законных представителей)). Такие формы деятельности педагогов, воспитателей, школьных психологов, включенные в систему профилактики употребления ПАВ, обуславливают необходимость организации их систематической подготовки к участию в превентивной деятельности.

Первичная и базовая подготовка специалистов образовательной сферы по профилактике употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью должна обеспечивать достоверную и разноплановую информацию о концептуальных и методических основах ведения профилактической работы (информационный модуль); включать интерактивные методы обучения психолого-педагогическим технологиям ведения профилактической работы среди несовершеннолетних и молодежи (интерактивный модуль обучающихся и тренинговых программ) и технологии проектной деятельности при разработке региональных и авторских программ профилактики (проектный модуль). Такая структура подготовки специалистов направлена на окончательный отказ от сохранившегося до настоящего времени в профилактике употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью информационно-образовательного подхода, имеющего низкую эффективность. Выделенные формы подготовки должны осуществляться в рамках профессионального (средние и высшие учебные заведения, осуществляющие подготовку кадров для образовательных учреждений) и послевузовского профессионального образования (система повышения квалификации и переподготовки работников образования).



*Основными условиями организации педагогической профилактики являются:* интеграция: реализация целей и задач педагогической профилактики осуществляется в процесс формирования у детей и подростков знаний, умений и навыков, имеющих для них актуальное значение и востребованных в их повседневной жизни; целостность: вовлечение в сферу педагогической профилактики всех основных институтов социализации несовершеннолетних и молодежи-образовательного учреждения, семьи, ближайшего окружения; системность: педагогическая профилактика рассматривается как часть единого процесса воспитания и обучения несовершеннолетнего, а ее задачи соответствуют общим задачам учебно-воспитательного процесса; комплексность: задачи формирования у несовершеннолетних негативного отношения к употреблению ПАВ реализуются в рамках единого педагогического процесса и сформированного в образовательной сфере профилактического пространства; безопасность: тщательный отбор информации и форм воздействия на несовершеннолетнего для предотвращения провоцирования интереса к ПАВ; возрастная адекватность: содержание педагогической профилактики строится с учетом особенностей социального, психологического развития в конкретном возрасте, а также с учетом реальных для того или иного возраста рисков возможного вовлечения в употребление ПАВ.

#### *Оценка эффективности профилактики употребления ПАВ образовательной среде*

Эффективность является важной интегральной характеристикой достигнутых результатов профилактики в образовательной среде и отражает их социальную значимость: вклад в решение государственной задачи предупреждения употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью.

Определение эффективности осуществляется в ходе специальной оценочной процедуры, которая является обязательным этапом деятельности, связанной с предупреждением употребления ПАВ несовершеннолетними

Оценка эффективности выполняет важные для практики функции: *диагностики* — определение сферы и характера изменений, вызванных профилактическими воздействиями; *отбора* - выявление региональных и авторских программ, обеспечивающих достижение наиболее значимых позитивных результатов в профилактике употребления ПАВ несовершеннолетними для дальнейшего широкого и повсеместного внедрения в практику; *коррекции* — внесение изменений в содержание и структуру реализуемой профилактической деятельности с целью оптимизации ее результатов; *прогноза* — определение задач, форм и методов организации профилактики при планировании новых этапов ее реализации с учетом достигнутого.

Общая оценка эффективности профилактики формируется из оценки организации процесса профилактики и оценки результатов профилактики.

При оценке результатов профилактики определяются изменения в социальных компетенциях, нормативных представлениях и установках обучающихся, воспитанников, связанных с риском употребления ПАВ, а также изменения характеристик ситуации их социального развития, определяющих риск употребления ПАВ: наличие или отсутствие специального контроля, препятствующего употреблению ПАВ; наличие или отсутствие возможности для организации содержательного досуга, а также форм специальной психологической и социальной поддержки для групп риска; изменения в динамике численности обучающихся, воспитанников, употребляющих ПАВ.

### *Индикаторы профилактической деятельности*

Используются следующие основные направления формирования индикаторов.

*Первая группа индикаторов* связана с процессом реализации профилактической деятельности: показатели, характеризующие сформированность и действенность единого профилактического пространства (скоординированность действий всех субъектов профилактики, число образовательных учреждений, реализующих первичную профилактику на постоянной основе; наличие эффективных профилактических программ, включающих психолого-педагогические технологии; соответствующий целям и задачам программ профилактики состав специалистов, включенных в профилактический процесс в образовательной среде).

*Вторая группа индикаторов* связана с оценкой результатов профилактики на уровне динамики социально-психологических и личностных характеристик объектов профилактики. Показатели этого спектра индикации включают частоту распространенности случаев употребления ПАВ, социальных и психологических последствий злоупотребления и степени их тяжести; показатели, характеризующие группы риска по злоупотреблению и особенности социального окружения потребителей ПАВ среди несовершеннолетних и молодежи; оценочные характеристики, отражающие изменения в социальных компетенциях, нормативных установках обучающихся, воспитанников, включенных в первичную профилактику или связанных с риском употребления ПАВ.

*Третья группа индикаторов* связана с оценкой актуальной социальной значимости в отношении распространения и употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью. Эта группа индикаторов включает соответствие уровня общим концептуальным принципам организации, существование продуктивных и действенных форм контроля, а также оценку затрат, необходимых для реализации профилактических мер.

При организации оценки эффективности профилактики в образовательной среде соблюдаются следующие требования: регулярность (процедура оценки проводится при завершении каждого этапа работы, связанного с реализацией намеченных задач); целесообразность (организацию процедуры оценки следует планировать с учетом сроков, необходимых для достижения тех или иных конкретных результатов); объективность (оцениваются характеристики и факторы, непосредственно формируемые или изменяемые в ходе профилактической деятельности).

Оценка эффективности может быть внутренней и внешней. Внутренняя оценка осуществляется непосредственными участниками, реализующими профилактическое направление в образовательной среде. Для внешней оценки привлекаются специалисты-эксперты, не принимающие непосредственного участия в реализации профилактической работы.

Внешняя экспертная оценка эффективности профилактики является обязательным компонентом общей оценки здоровьесберегающей деятельности образовательной организации.

## **ГЛАВА II. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

### **2.1. Социально-психологическая реабилитация: сущность и организация**

Развитие идей реабилитации людей с зависимым поведением началось только в 20 веке, до этого лечение ограничивалось медицинским вмешательством, а вопрос о восстановительных мероприятиях не ставился. Можно сказать, что и сегодня концепция реабилитации – концепция формирующаяся, до сих пор нет единого взгляда по поводу терминологии, методов и некоторых принципиальных вопросов реабилитации.

Концепция «общей реабилитации» развивалась на идеях так называемой физической медицины, дополненных положениями социальной гигиены, психологии, педагогики, социологии и других дисциплин. Параллельно с этими процессами шло развитие педагогической и психологической реабилитации. В дальнейшем функциональная педагогика использовалась в работе с проблемными детьми и получила название – «терапевтическое образование». Результатом развития терапевтического образования стало возникновение терапевтических сообществ (ТС), где для больных и персонала предусматривалось совместное проживание и ведение хозяйства, разделение ответственности, и как результат совместной деятельности спонтанное развитие моральных норм. Суть функционирования ТС заключалась в создании среды, берущей на себя функции материнской заботы и демонстрирующей спонтанно изменяющиеся характеристики здоровой семейной жизни.

В 60-х годах 20 века, в связи с ростом наркозависимых началась адаптация системы ТС к особенностям реабилитации зависимых от ПАВ. В настоящее время терапевтические сообщества широко используются во всем мире, и существует более 500 резидентских программ (со стационарным пребыванием) для реабилитации наркоманов.

Таким образом, в процессе развития *реабилитация в наркологии* получила следующее определение – это цельная система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость.

Реабилитация злоупотребляющих ПАВ, осуществляется во всех существующих направлениях реабилитации наркозависимых с использованием различных форм организации реабилитационного процесса. То есть, содержание реабилитационных программ определяется не только

самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится формирование зависимости от ПАВ. Обратимся к основным направлениям и формам реабилитации химически зависимых людей.

В реабилитации наркозависимых выделяют несколько *направлений*: медицинское, психологическое, педагогическое и социальное.

Медицинское направление реабилитации наркозависимых до недавнего времени было наиболее распространенным. Наркомания в этом направлении рассматривается как болезнь, а реабилитация ориентирована на лечение болезни, связанные с ней аффективные и поведенческие расстройства, предотвращение смертельных случаев, вызванных употреблением наркотиков. В основе данного направления лежит использование фармакотерапии, медикаментозное вмешательство и методы психотерапии.

В психологическом направлении злоупотребление наркотиками рассматривается как проблема личности. Основа данного направления – помощь в развитии необходимых жизненных навыков, таких как принятие решений, эффективное общение и тому подобное, способствующих удовлетворению базовых личностных и социальных потребностей. Данное направление реализуется за счет использования индивидуального и группового консультирования, методов психокоррекции.

Педагогическое направление рассматривает наркоманию как проблему воспитания, организации досуга, несформированности мотивационных потребностей. Реабилитационные программы данного направления ориентированы на организацию социально приемлемой деятельности, противодействующей употреблению наркотиков, и реализуются за счет использования методов коррекционного обучения, воспитательных мер и организации социально-психолого-педагогического сопровождения.

В основе социального направления лежит представление о несформированности основных социальных навыков, как о причине формирования наркомании и алкоголизма. Реабилитационные программы социального направления реализуются социальными и правоохранительными структурами, с использованием методов, находящихся в их распоряжении.

Как уже говорилось, реабилитация наркозависимых требует комплексного подхода и поэтому при реализации реабилитационных программ необходима интеграция методов всех направлений.

Для обеспечения поэтапности реабилитационного процесса существуют различные организационные *формы*:

– реабилитация в условиях постоянного пребывания. Данная форма реализуется на базе резиденских центров, в условиях полного стационара при участии различных специалистов: врачей, психологов, социальных работников и др;

– реабилитация в условиях частичного/неполного пребывания – реализуется на базе полустационаров, дневных и ночных стационаров. Осуществляется командой специалистов: врачей, психологов, социальных работников и др;

– дискретное воздействие – осуществляется посредством организации консультирования с использованием методов психотерапии, психолого-педагогического консультирования. Проводится психологами и психотерапевтами;

– реабилитационное сопровождение в процессе повседневной жизни, в том числе создание реабилитационной среды в ОУ. Реализуется за счет взаимодействия специалистов различных структур и учреждений (педагогов, психологов, социальных работников, специалистов ювенальной юстиции и др.), направленного на обеспечение реальной социальной, психологической, педагогической и правовой защиты пациентов.

Реабилитация может проходить как поэтапно, с использованием всех организационных форм реабилитационного процесса, так и ограничиваться некоторыми из них, и даже какой-либо одной. Динамика движения наркозависимого между различными по форме организации реабилитационными структурами зависит от особенностей психолого-социального статуса, сроков наркотизации и других индивидуальных особенностей, влияющих на ход реабилитации, а также от реальных возможностей и задач, решаемых той или иной службой.

При всех организационных формах и на всех этапах реабилитации, в связи с особенностями влияния ПАВ на личность зависимого, широко используются методы психотерапии и психологического консультирования.

«Классические» методы, применяемые при реабилитации больных с зависимостью от ПАВ, можно разделить на три группы (Валентик В. Ю. 2001):

- методы, развивающие личность;
- методы манипулятивной стратегии;
- синтетические методы.

Методы, *развивающие личность* главным образом адресованы к нормативно-компенсаторным процессам. Пациент рассматривается как субъект позитивных перемен, а целью работы является рост личности в индивидуальном и социальном плане. Терапия, осуществляемая в рамках этих методов, продолжительна и трудоемка: результаты достигаются относительно медленно, но они достаточно устойчивы. Эти методы характеризуются недирективным, партнерским стилем общения между терапевтом и пациентом, апелляцией к диалогу, разуму, критическому анализу, максимальным использованием эффектов группового и межличностного взаимодействия. К этой группе методов относятся психоанализ, экзистенциальный анализ, гештальттерапия, транзактный анализ и другие методы так называемой гуманистической ориентации;

Методы *манипулятивной стратегии* адресованы в основном к патологическим процессам. Пациент рассматривается как объект воздействия, а цель терапии – изменение поведения клиента. Поведение терапевта по отношению к клиенту носит директивный характер, в процессе работы максимально используются как негативные, так и позитивные эмоциональные стимулы, и суггестивные приемы. Терапия направлена на решение задач коррекции и преодоления отдельных проявлений болезни, таких как: патологическое влечение к ПАВ, поведенческие, аффективные, личностные расстройства, межличностные конфликты, невротические симптомы и т.п. Как правило, манипулятивные методы рассчитаны на непродолжительный срок, результат достигается относительно быстро, но не всегда устойчив, так как в традиционных формах эти методы оставляют нетронутой сферу ценностей. К этой группе можно отнести модификации суггестивной терапии (гипносуггестивная, эмоционально-стрессовая и др.), бихевиоральную психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию, нейролингвистическое программирование и другие.

Несмотря на значительное разнообразие психотерапевтических методов и методик, невозможно отдать предпочтение какой-либо группе методов ни в плане их терапевтической эффективности, ни в отношении разработанности терапевтических основ применяемых психотерапевтических воздействий. Это связано с тем, что наркологические заболевания затрагивают всю структуру личности человека и невозможно игнорировать патологические процессы на каком-либо уровне функционирования пациента, сосредотачиваясь, в силу специфики применяемого метода, на других уровнях, поскольку «нетронутые» патологические процессы через какое-то время могут привести к рецидиву заболевания. В связи с этим при реализации реабилитационных программ необходим синтетический (интегративный) подход в выборе методов психотерапии. *Синтетические методы* используют опыт существующих и успешно работающих методов психотерапии.

Наиболее эффективным в реабилитационном процессе считается использование методов групповой психотерапии и семейная терапия.

В настоящее время есть сложившиеся системы реабилитации наркозависимых, в которых широко применяется психологическая поддержка, социальное сопровождение, и некоторая часть реабилитационных воздействий основывается на психотерапевтических методах и их отдельных элементах.

*Реабилитация* злоупотребляющих психоактивными веществами – это система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых и трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической установки личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество[24].

Системный подход к реабилитации объясняется тем, что

методологически реабилитация базируется на единстве биологической, психологической, социальной и духовной природы человека, а злоупотребление ПАВ приводит к деструктивному изменению различных составляющих этого единства.

*Цель реабилитации* заключается в возвращении химически зависимого человека к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от психоактивных веществ, восстановления или формирования его нормативного личностного и социального статуса.

*Задачи реабилитации* определяются необходимостью достижения конечной цели, при этом учитываются важнейшие аспекты жизненной ситуации больного. Основные задачи реабилитации злоупотребляющих ПАВ, формулируются следующим образом:

- формирование у зависимого осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс, последующее продолжительное участие в нем и окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ;

- создание в реабилитационном учреждении для несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально-приемлемых личностных и поведенческих навыков, способствующих их реадaptации и ресоциализации;

- коррекция и развитие структуры позитивной личности;

- осуществление воспитательной и образовательной деятельности на всех этапах реабилитации с учетом возрастных, индивидуальных особенностей злоупотребляющих ПАВ;

- осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение «срывов» и рецидивов;

- восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей со значимыми другими лицами и с ближайшим социальным окружением;

- формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, обеспечения социальной поддержки и правовой защиты зависимого человека.

*Процесс реабилитации* заключается в активной последовательной позитивной реорганизации жизненной ситуации наркозависимого во всех ее личных и социальных аспектах с учетом реально достижимых конкретных результатов.

Реабилитационные программы могут быть успешными только в том случае если при их построении и реализации соблюдаются следующие *принципы*:

- добровольность участия в реабилитационных мероприятиях. Согласие должно быть зафиксировано письменно и подписано самим зависимым или его законным представителем, если речь идет о



несовершеннолетнем. В договоре указываются права и обязанности сторон, а также условия, по которым возможно его досрочное расторжение;

- прекращение приема ПАВ;

- конфиденциальность. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих химически зависимых людей или их законных представителей, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательством;

- системность реабилитационных мероприятий. Объединение и координация воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий;

- этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации должен строиться с учетом объективной оценки реального состояния пациента, а оценка базироваться на суммарных характеристиках психического, психологического, соматического, социального статуса;

- позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Выработка у зависимых позитивной личной направленности вместо хронических конфликтных отношений, путем ориентации реабилитационных мероприятий на формирование чувства доверия, коллективизма, честности, трудолюбия;

- личная ответственность пациента за ход реабилитационного процесса. Освобождение несовершеннолетних от излишней опеки, развитие самостоятельности в принятии и осуществлении ответственных решений, и принятие на себя ответственности за полное прекращение употребления ПАВ;

- включение в процесс реабилитации значимых других лиц. Консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ближайшего окружения несовершеннолетнего. Участие значимых других лиц специально оговаривается в договоре;

- формирование реабилитационной среды и реорганизация микросоциальной среды. Создание реабилитационной среды, которая является искусственным промежуточным звеном в процессе отказа от зависимости, ПАВ к функционированию в нормативной социальной среде;

- дифференцированный подход к реабилитации. Индивидуальный подход при выборе реабилитационной программы для наркозависимого, с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями;

- социальная и личностная поддержка реабилитантов, осуществляемая после выписки пациента из реабилитационного учреждения с целью предотвращения срывов и рецидивов злоупотребления ПАВ, личностной и социальной декомпенсации.

Решая задачи единой реабилитационной программы, психолог и социальный педагог сохраняют свою автономность при решении проблем, имеющих непосредственное отношение к их профессии.

Первое функциональное направление деятельности психолога включает следующие подходы:

– нозологический- ориентированное исследование, направленное на анализ психологических особенностей зависимых от ПАВ, динамики их развития, причин обращения за помощью, мотивации и желания избавиться от злоупотребления ПАВ;

– личностно-ориентированное консультирование, предполагающее исследование деструктивных характерологических особенностей, предшествующих формированию зависимости от ПАВ или обусловленных ею. Исследование рациональной и эмоциональной сфер личности. Кроме этого консультирование направлено на выявление внутренних ресурсов, способствующих решению личностных, семейных и социальных проблем несовершеннолетних.

При *первом консультировании* психолог не только проводит обследование, но и стремится изменить отношение зависимого к проблеме употребления ПАВ, мотивируя их на обязательное участие в реабилитационном процессе, акцентируя внимание на основных реабилитационных постулатах, режиме реабилитационного учреждения, добиваясь их принятия как руководство к действию. Обязательно вербализуется мера ответственности реабилитируемого и его родственников в осуществлении предлагаемой реабилитационной программы. Такой подход позволяет найти наиболее уязвимые места сопротивления и нежелания отказываться от употребления ПАВ. При консультировании психолог использует необходимый инструментарий: многофакторное тестирование, интервью, экспресс-диагностику и др.

В задачи психолога на первом консультировании входит создание доверительной атмосферы отношений с несовершеннолетним и получение от него согласия на продолжительное пребывание в реабилитационном учреждении и нормализацию отношений со своей семьей и другими значимыми лицами.

Для реализации психолого-педагогических и реабилитационных программ важно понять, как сам реабилитируемый относиться к своей проблеме, к себе самому и своему месту в семье, школе и обществе. Одним из приемов изучения самосознания является изучение внутренней картины зависимости от ПАВ. Исследование самосознания через внутреннюю картину проблемы позволяет сделать оптимальный выбор комплекса реабилитационных мероприятий и определить психологическую и социотерапевтическую тактику. Следует отметить, что на этом этапе работа психолога и социального педагога тесно переплетаются: психолог исследует когнитивный, эмоциональный и регулятивный компоненты самосознания, определяет варианты их нарушения, а социальный педагог, на основании полученных данных, определяет задачи, формы и методы социально-педагогической работы, принимает меры по оказанию социальной помощи и

социальной защиты реабилитируемых несовершеннолетних.

*Вторая основная функция* психолога заключается в исследовании структуры семьи и межличностных отношений. Он исследует историю семьи, жизненный путь отдельных ее членов, анализирует причины конфликтов, агрессивного поведения, ухода ребенка из дома и пр. Акцент делается на исследование нарушенных коммуникативных отношений, оптимизацию чувств уважения между членами семьи, восстановление устойчивых контактов с ребенком. Конфликты между взрослыми членами семьи обсуждаются отдельно, а затем, после коррекции этих отношений, в психотерапевтическую работу вовлекается и ребенок, это позволяет обеспечить более быструю нормализацию внутрисемейных отношений.

*Третья и четвертая функции* психолога в наркологической бригаде – непосредственная психокоррекционная и психотерапевтическая работа с несовершеннолетними, их родственниками и другими значимыми лицами. В своей работе психолог сочетает индивидуальные и групповые методы работы, с преобладанием последних. На первых этапах реабилитации основополагающей является проблемно-ориентированная психотерапия. Психологу в психотерапевтической работе целесообразно использовать когнитивно-поведенческие, игровые методы, тренинги ролевого моделирования, копинг-терапию.

Роль социального педагога в реабилитационной бригаде характеризуется необходимостью сочетать в своей работе профессиональные функции диагноста, консультанта и педагога одновременно. Как диагност он должен суммировать информацию о несовершеннолетнем и его семье, используя данные исследований проводимых психологом и врачом, и делать заключение об особенностях социального и личностного развития, педагогической и социокультурной запущенности, видах девиантного, делинквентного или аддиктивного поведения. В качестве консультанта социальный педагог осуществляет информационное обеспечение и поддержку несовершеннолетних и их родственников. В его обязанности входит контроль за поведением, успеваемостью, если речь идет о несовершеннолетнем, профессиональной ориентацией реабилитируемых, их участием в культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятиях, выполнением режима дня согласно утвержденным циклограммам. Дополнительно в его функции входит консультирование по правовым и социальным вопросам. Как педагог он помогает зависимым вновь овладеть навыками личной гигиены, самоконтроля, дисциплинированности, способности учиться, а также проводит коррекцию дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок.

В своей работе социальный педагог использует беседы, разъяснения, убеждения, обсуждения, совместный анализ конкретных случаев, индивидуальные и групповые дискуссии, недирективное общение, создание образа «ролевой модели», поощрения и других.

Психолог и социальный педагог в процессе реабилитационной деятельности совместно определяют мишени воздействия, используя при этом различные методы, реабилитационные технологии и техники, и прорабатывают этапы психокоррекции и коммуникативной адаптации, реализуемые в реабилитационных программах.

Обратимся к мероприятиям, предшествующим основной программе реабилитации.

Цель мероприятий осуществляемых в блоке, предшествующем основной программе реабилитации – консультирование и мотивационные воздействия. В свою очередь консультативная помощь подразделяется на *первичную и специализированную*. В ходе первичных консультаций, которые могут проводиться психологом, социальным педагогом, специалистом комиссии по делам несовершеннолетних и защите прав ребенка (если зависимый- несовершеннолетний) или психиатром-наркологом, сам химически зависимый и его родственники получают информацию об основных аспектах, касающихся злоупотребления ПАВ, и рекомендации о возможностях преодоления проблемы наркозависимости, основная цель первичной консультативной помощи оценка самого факта наркотизации.

Специализированная консультативно-диагностическая помощь оказывается в учреждениях реабилитационного типа и заключается в соединении консультативно-диагностических оценок с выбором реабилитационной программы и прогнозом реабилитационной успешности. В процессе проводимых диагностических исследований оценивается потенциал здоровья и личности несовершеннолетнего, его возможности, с учетом сложившейся жизненной ситуации, взаимодействия со значимыми людьми и системы социальной поддержки, в которую он включен, таким образом определяется реабилитационный потенциал (РП) от которого во многом зависит эффективность реабилитации.

*Реабилитационный потенциал* – это совокупность физических, психических, социальных, духовных возможностей несовершеннолетних в преодолении зависимости от ПАВ и ее последствий, в восстановлении или формировании их личностных и социальных качеств, способствующих возвращению в семью и к общественно полезной деятельности без употребления ПАВ. На основании реального уровня реабилитационного потенциала несовершеннолетнего определяется направленность, этапы и результативность возможного реабилитационного вмешательства.

Непосредственно программа реабилитации может быть рассчитана на период от 6 до 12 месяцев, а в некоторых случаях речь может идти о более длительных сроках в зависимости от состояния реабилитируемого. Реализуются реабилитационные программы в условиях реабилитационных центров (РЦ).

Реабилитационные программы состоят из 3-х основных этапов: начальный, развернутый и завершающий.

*Начальный этап* может длиться до 2-х месяцев. Какое-то время несовершеннолетний находится в реабилитационном центре в положении наблюдателя и решает – готов ли он участвовать в данной программе. После принятия им решения он переходит в статус «новичка» с обязательным выполнением всех, налагаемых этим статусом и правилами работы РЦ, требований и ограничений.

В задачи этого этапа входят: адаптация к условиям проживания в реабилитационном центре, обследование, тестирование и консультирование пациентов; создание устойчивой мотивации на участие в реабилитационной программе и на окончательный отказ от употребления ПАВ; оценка проводимой психотерапевтической работы; вовлечение в реабилитационную активность (самообслуживание, групповые и коллективные процедуры и ритуалы и т. д.), в систему оздоровительных мероприятий. На этом этапе используются следующие составные элементы реабилитационного процесса: «терапия средой», «терапия занятостью, психолого-психотерапевтическое и оздоровительное воздействие.

*Основной (развернутый) этап* продолжается 6—8 месяцев.

На этом этапе решаются следующие задачи: максимальная интеграция несовершеннолетних в режим и структуру РЦ, усвоение и личное принятие всех его норм и правил; продвижение по «иерархической лестнице»; закрепление навыков постепенной ресоциализации; существенное улучшение здоровья и развитие личной ответственности несовершеннолетнего за его состояние. Особое внимание уделяется работе с глубинными чувствами, экзистенциальной и ценностно-смысловой сфере жизни несовершеннолетнего. Также большое значение на этом этапе имеет тесное и согласованное взаимодействие с семьей и ближайшим окружением пациента. Родители обучаются взаимодействию со своими детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению отношений, дезадаптации и рецидивам болезни. Также и сам несовершеннолетний учится самостоятельно определять предвестники возможного срыва и противостоять им, используя личностные ресурсы, помощь специалистов и членов семьи.

Это самый продолжительный этап, в ходе которого у пациентов выделяются фазы неустойчивого состояния и устойчивого состояния.

На фазе неустойчивого состояния у зависимых наблюдается существенная зависимость от «давления» группы и терапевтического режима. В связи с этим максимально используется вся шкала ограничений, позитивных и негативных санкций, реализуются «плотное» взаимодействие и взаимный контроль всех членов сообщества.

Фаза устойчивого состояния характеризуется максимальным «вживанием» пациентов в условия РЦ, позитивным принятием действующих в нем коллективных и индивидуальных стандартов. Поощряется личная активность и автономность в реализации адекватного, нормативного

поведения, при этом у несовершеннолетних отмечается все меньшая потребность в применении санкций различной направленности в связи с достижением осмысления и усвоения программных установок и процедур.

Продолжительность *завершающего этапа* 2—3 месяца. Основной задачей завершающего этапа является подготовка несовершеннолетних к выписке. На этом этапе важно закрепление и стабилизация результатов психотерапевтической и социотерапевтической работы, навыков самостоятельного принятия решений и их практического применения, также происходит стабилизация на удовлетворительном уровне основных характеристик личностного и поведенческого статуса, системы отношений несовершеннолетних и ценностных ориентаций. Максимально сокращается применение режимных ограничений и санкций, происходит последовательная смена режимов пребывания в РЦ и вне его.

Далее рассмотрим этапы прохождения социально-психологической реабилитации на примере структурного подразделения ОГКУ «ЦРН «Воля» «Искра» г. Иркутск.

## **2.2. Этапы прохождения социально-психологической реабилитации (на примере структурного подразделения ОГКУ «ЦРН «Воля» «Искра»)**

Реализация социально-психологической реабилитации от ПАВ предполагает учёт психологических особенностей личности лиц с зависимым поведением. Консультант по работе с химически зависимыми лицами должен знать, что ПАВ, воздействующие непосредственно на мозг человека, создают побочные химические соединения, которые остаются в организме, изменяя биохимию работы мозга. Постепенно этот процесс становится необратимым. У зависимых от ПАВ происходит изменение сознания, возникают серьезные проблемы со здоровьем. Потребность в новой дозе принимает хроническую и практически неизлечимую форму. Последней стадией химической зависимости является необратимое изменение внутренних органов и систем организма, и, как следствие, неизлечимое заболевание и последующая смерть [12].

Когда говорят об измененной психологии зависимого, имеют в виду изменения в трех основных сферах: чувствах, мыслях и поведении [3].

Употребление психоактивных веществ тормозит личностный рост, приводит к деградации личности. Можно утверждать, что все зависимые от ПАВ обладают определенными личностными качествами, например, такими как: ранимость и обидчивость; низкая способность к принятию себя, осознанию и выражению своих чувств, безуспешные попытки их контролировать; неспособность позаботиться о себе; отсутствие способности брать ответственность за себя и за окружающих; самооценка человека колеблется от самобичевания до мании величия; поведение

становится импульсивным, подчиненным сиюминутным желаниям и эмоциям, с частыми непродуманными действиями; человек не способен ставить перед собой осуществимые цели, планировать и грамотно распределять время; неспособность быть честным с собой и другими, нарушение взаимоотношений, низкая фрустрационная устойчивость, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что чаще всего провоцирует грубое, попустительское отношение к близким [24].

Человека, страдающего зависимостью от психоактивных веществ, можно охарактеризовать как личность, отличающуюся слабой мотивацией к изменениям, высоким уровнем страха, слабо развитым воображением о своем собственном будущем. Он слаб физически, лишен веры и надежды, одинок, полон боли и разочарований, недоверчив к миру и людям, лишен любви и человеческого уважения. Как правило, ему необходима комплексная помощь, а его возвращение к здоровому образу жизни является довольно сложным и длительным процессом, именно поэтому зависимому человеку необходимо прибегнуть к помощи профессиональных специалистов. Ему необходимо оказать интегрированную помощь и поддержку, чтобы добиться улучшений во всех поврежденных сферах жизни.

Ниже представлена программа социально-психологической реабилитации для лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, разработанная специалистами ОГКУ «ЦРН «Воля» и применяемая ими в структурном подразделении «Искра», г. Иркутска.

В ней отражены основные этапы курса социально-психологической реабилитации, основные мероприятия, проводимые в реабилитационном центре, а также количественные и качественные результаты.

Обратимся к описанию этапов реабилитации.

#### *1. Наблюдательный этап (знакомство) (0 - 10 дней).*

Одной из основных целей первого этапа реабилитации является ориентация вновь прибывшего человека на участие в жизни Терапевтического Сообщества (ТС).

При поступлении зависимого на территорию подразделения, дежурный специалист по социальной работе проводит с ним консультацию с целью получения основной информации о клиенте, необходимой для определения направления дальнейшей работы с ним, а также для установления контакта и начала выстраивания доверительных отношений. После чего заполняются все необходимые документы, в соответствии с положением об оказании услуг ОГКУ «ЦРН «Воля». При подаче заявления на зачисление в группу реабилитации зависимый обязан предъявить документы, удостоверяющие его личность, предоставить свидетельство медицинского страхования, справку о результатах флюорографии, а также иметь при себе необходимый комплект одежды, обуви и предметов личной гигиены.

В течение первого месяца нахождения в центре новичок должен пройти обязательное медицинское обследование, состоящее из осмотра психотерапевта и терапевта. Если при первичном осмотре вновь прибывшего врачу-психотерапевту удастся выявить некоторые отклонения, то человеку назначается лечение, ход которого будет отслеживать сам врач на протяжении всего курса реабилитации. Врач-психотерапевт также может провести повторный осмотр пациента по его индивидуальному запросу или запросу специалистов центра. В случае обнаружения серьезного психического заболевания у вновь прибывшего, сотрудники реабилитационного центра имеют право направить его в соответствующее учреждение для получения специализированной помощи.

Помимо психотерапевта в структурном подразделении имеется врач-терапевт, который проводит первичный осмотр в течение первых десяти дней пребывания в центре, а также периодические профилактические осмотры и осмотры по запросу. В случае необходимости он может выписать направление на обследование пациента в специализированном медицинском учреждении, но будет контролировать процесс оказания медицинской помощи до выздоровления.

С первого дня пребывания в Сообществе и во все последующие дни этапы, с вновь прибывшим, т.е. кандидатом на участие в программе реабилитации, ведется мотивационная работа. Работники центра стремятся помочь ему адаптироваться к новым условиям пребывания и к новому окружению.

С самого начала прохождения курса реабилитации за наблюдателем закрепляется личный консультант, к которому можно обращаться по любым интересующим вопросам и возникшим проблемам. Также, дежурный специалист по социальной работе, совместно с реабилитационной группой, назначает для наблюдателя «наставника» - одного из резидентов, который уже находится в программе от трёх и более месяцев и владеет определенными навыками и знаниями, приобретенными в ходе реабилитации. Задачи наставника и личного консультанта – создать атмосферу безопасности для наблюдателя во время его нахождения на территории подразделения. Они занимаются внедрением наблюдателя в программу реабилитации, стремятся донести до него необходимую информацию, проработать чувства и переживания, снизить чувство тревоги и неопределенности. В ходе своего взаимодействия с наблюдателем, наставник делится собственным опытом пребывания в программе реабилитации, со своими переживаниями и эмоциями. Таким образом, он становится своего рода примером для подражания, первой поведенческой моделью, на которую ориентируется вновь прибывший.

Специалистам центра и наставнику необходимо объяснить новичку, что он столкнулся с заболеванием, которое невозможно преодолеть без специализированной психологической помощи. Кроме того, в их обязанности



входит формирование положительных эмоций, связанных с вероятной успешностью выполнения предстоящих реабилитационных мероприятий, что в конечном счете приведет к дальнейшей полноценной жизни. Но многое будет зависеть от того, насколько зависимый человек будет готов к сотрудничеству со специалистами реабилитационного центра и предстоящей работе над собой. Поэтому, главными целями начального этапа реабилитации можно назвать:

1) помощь в осознании всей степени серьезности проблемы зависимости и ее принятие;

2) повышение желания у зависимого человека к изменению старой модели поведения и к полному отказу от употребления ПАВ.

Изначально вновь прибывший на территорию подразделения не считается резидентом программы, вплоть до своего полноценного вступления в группу реабилитации. В первые дни своего пребывания в центре он лишь наблюдает за всеми происходящими событиями и мероприятиями, за жизнью и деятельностью участников реабилитационной программы, при этом у него остается право выбора: вступить в реабилитационную программу или вернуться обратно в общество и продолжить употребление ПАВ. Поэтому первый этап социально-психологической реабилитации называется «наблюдательным».

Чтобы наблюдатель смог стать полноценным членом Терапевтического Сообщества, ему необходимо ознакомиться с утвержденным распорядком дня (приложение 1), с основными правилами и законами (приложение 2) подразделения и начать следовать им.

Распорядок дня в структурном подразделении «Искра» сочетает в себе мероприятия, направленные на восстановление психического, психологического и физического здоровья зависимой личности. Каждый пункт распорядка несет в себе определенную смысловую нагрузку и соблюдается с определенной целью, чтобы зависимый человек смог восстановить утраченные в процессе употребления ПАВ навыки, обрести новые умения и раскрыть в себе определенные личностные качества.

Для реализации ряда мероприятий используется когнитивно-поведенческая терапия, которая, в том числе, служит для коррекции психологических расстройств. В их основе лежит мнение о том, что поведения и чувства человека связаны не с конкретной ситуацией, в которой он пребывает, а исключительно с его личным восприятием происходящего. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на коррекцию поведения и позволяет вывести новые, адаптивные привычки, навыки и умения, а также сформировать новые личностные качества, такие как ответственность, целеустремленность, трудолюбие и т.п.

Другие мероприятия имеют психоаналитическую направленность. Их целью является более глубокое понимание человеком своих желаний, чувств, движущих мотивов, достижение большей целостности личности,

приобретение уверенности в себе и окружающем мире через новый опыт взаимоотношений в безопасных условиях. Они основаны на идее, что многое из нашего поведения, мыслей и отношений управляется бессознательной психикой, а не через обычный сознательный волевой контроль. Поэтому специалисты центра помогают зависимому человеку выявить и проявить свои неосознанные потребности, побуждения, желания и воспоминания, чтобы он мог получить сознательный контроль над своей жизнью. При этом необходимым условием для успешного проведения психоаналитической терапии является наличие у человека устойчивой мотивации к излечению – т.е. понимания того, что причины его проблем коренятся в нем самом.

В контексте использования когнитивно-поведенческой и психоаналитической терапии используются приемы трудотерапии (помогающей восстановить трудовые и бытовые навыки и обрести новые, необходимые для дальнейшей полноценной жизни в обществе), зоотерапии (помогающей научиться нести ответственности за себя и за других, заботиться о близких, работать с напряжением), а также групповой терапии (являющейся фактором эмоциональной поддержки, передачи опыта между членами сообщества).

В соответствии с распорядком дня, утро в структурном подразделении начинается в 07.00. Столь ранний подъем нужен для того, чтобы приучить членов сообщества к дисциплине в целом и конечно самодисциплине, умению грамотно планировать свой день, что является важным условием для успешного возвращения к полноценной жизни в социуме.

После подъема члены группы выполняют утренние туалетные процедуры для поддержания физического здоровья и чистоты собственного тела. В процессе употребления ПАВ некоторые из резидентов могли отвыкнуть от соблюдения элементарных норм гигиены. Поэтому данный пункт в распорядке дня очень важен, ведь он помогает восстановить жизненно необходимый навык самообслуживания и позволяет успешно социализироваться в реабилитационной группе.

После утренней гигиены, резиденты выполняют ряд физических упражнений: пробежку, зарядку и обливание холодной водой. Данные мероприятия также способствует выработке самодисциплины, помогает поддержать физическое здоровье и состояние организма на должном уровне, помогают настроиться на рабочий лад и отвлечься от негативных переживаний и влечения к ПАВ.

За выполнением физических упражнений следует уборка помещений, в котором живут реабилитируемые, уборка территории самого подразделения, а также работа в хозяйственных помещениях. Данное мероприятие считается элементом когнитивно-поведенческой терапии. Оно дисциплинирует человека и способствует приобретению или восстановлению утраченных бытовых навыков. Более того, проживание в чистом и комфортном помещении способствует проявлению положительных эмоций и развитию

эстетических чувств, что в свою очередь отражается на процессе выздоровления и душевном состоянии человека в целом.

Взаимодействие с животными (анималотерапия) позволяет дисциплинировать человека, помогает ему обрести новый жизненный опыт и бытовые навыки, необходимые для дальнейшей жизни. Она развивает чувство ответственности за свои действия и поступки, а также по отношению к другим существам. Общение и тактильный контакт с животными помогает снять стресс, получить положительные эмоции и улучшить психическое состояние человека.

По окончании уборки проводятся одни из основных мероприятий реабилитационной программы – планерка и дисциплинарный час. На утренней планерке происходит так называемое распределение «трудовых активностей» (приложение 3). За каждым из резидентов на весь день закрепляется определенный объем трудовых задач, за выполнение которых он несет ответственность. За новичком в обязательном порядке закреплен опекун или старший по реабилитации и вместе с ними выполняются все трудовые активности.

В процессе распределения активностей происходит своеобразный тренинг по выстраиванию рабочей нагрузки, который способствует развитию у участников реабилитационной программы чувства ответственности (как индивидуальной, так и командной), умения взаимодействовать в коллективе, а также развивает такое личностное качество, как коммуникабельность.

После того, как каждый из резидентов получил свой объем работ, для группы проводится дисциплинарный час (динамическая группа, на которой разбирается предыдущий день и проблемы, возникшие в состоянии резидента (нарушение дисциплины, правил и т.д.) выдвигаются предложения по психологической коррекции в виде трудовой или психологической нагрузки, обсуждаются конкретные сроки выполнения.

В 10.00 вся реабилитационная группа собирается на завтрак. В подразделении отсутствует обслуживающий персонал, поэтому дежурными по кухне являются сами резиденты, в соответствии с общепринятым графиком. Рацион и калорийность блюд заранее рассчитываются специалистами центра с той целью, чтобы зависимый человек в полной мере сумел восполнить свои силы и поправить утраченное в процессе употребления ПАВ физическое здоровье. Главным лечебным фактором в дежурстве по кухне является приобретение социальных навыков.

Далее по распорядку дня следует еще одно основное мероприятие курса реабилитации - «терапевтическая группа»\*, которое можно отнести к мероприятиям психоаналитической направленности. Оно необходимо для проработки болезненных состояний зависимой личности, понимания сути проблемы зависимости как болезни. В процессе проведения терапевтической группы происходит активное взаимодействие всех членов ТС, которое помогает зависимому человеку установить причинно-следственную связь

употребления ПАВ и принять факт наличия у себя данного заболевания. Возможность получения положительного опыта с помощью обратной связи от людей, столкнувшихся с идентичной проблемой, благоприятно влияет на ход выздоровления. Резиденты поддерживают друг друга и делятся необходимыми знаниями и опытом. В этот момент сама группа является терапевтическим фактором, способствующим выздоровлению каждого из участников.

Важно отметить, что на начальном этапе реабилитации для наблюдателя действуют некоторые исключения в соблюдении режима центра. В первые дни пребывания на территории подразделения вновь прибывшему не рекомендовано посещение терапевтической группы. Он не может присутствовать на данном мероприятии даже в качестве зрителя и наблюдать за процессом со стороны. Однако имеет возможность использовать это время для изучения правил, требований и распорядка дня, действующих на территории подразделения.

Также на первом этапе для наблюдателя введен специальный «период изоляции», чтобы оградить его от негативного влияния некоторых нестабильных членов терапевтического сообщества, которые могут повлиять на его мотивацию проходить курс реабилитации. Это означает, что наблюдателю не разрешается общение ни с кем, кроме сотрудников центра и резидентов, находящихся на «старшем» этапе реабилитации. Общение с родственниками в первый месяц также ограничено.

После терапевтической группы резиденты получают право на небольшой перерыв, который отведен на общение друг с другом, решение проблем психологического характера, научению трезвому отдыху и планированию своего времени.

После обеда в распорядке дня выделяется два часа на проведение адаптационного тренинга, который представляет собой мероприятие когнитивно-поведенческой терапии, направленного на выработку навыков здорового поведения. Здесь резиденты учатся правильно взаимодействовать друг с другом, расставляя определенные личностные границы и соблюдая их. Они отрабатывают навыки общения, разыгрывая различные жизненные ситуации, учатся контролировать свою манеру общения и речь, не используя нецензурную лексику, учатся контролировать свои эмоции и чувства, не поддаваясь на провокации, безопасно их выражать. Научиться правильно реагировать на чувства стыда, вины и страха. Выработка навыков здорового поведения очень важна для того, чтобы, окончив курс реабилитации, реабилитируемые сумели вернуться в общество полноценными людьми и стали частью социума.

Перед ужином резидентам отводится время на самоподготовку:

1) написание специального психотерапевтического задания, которое дается специалистами центра на каждом этапе реабилитации. Выполнение данного задания помогает установить причинно-следственные связи

употребления ПАВ, что необходимо для качественной проработки болезненных последствий и психологических травм, полученных в процессе развития зависимости. Написание задания помогает разобраться человеку в своих чувствах, раскрыть те или иные личностные качества, повысить уровень мотивации для прохождения полноценного курса реабилитации.

2) чтение специализированной литературы и самоподготовку лекций, что позволяет узнать много полезной информации о проблеме зависимости от психоактивных веществ, ее причинах и последствиях, о том, как можно с ней бороться; проработать те или иные проблемы; получить новые знания и расширить свой кругозор в целом.

3) выполнение физических заданий, коррекция личности и дефектов характера, через дополнительную трудовую и психологическую нагрузку. Задания назначаются на динамической группе и выполняются в свободное от реабилитационных мероприятий время.

4) личную гигиену.

Далее по распорядку дня следует получасовой ужин, после которого следует психоаналитическая терапевтическая группа – «анализ чувств»\*, к которому членам группы необходимо заранее подготовиться. Необходимо проанализировать и описать весь текущий день, какие чувства преобладали, на какую ситуацию возникали те или иные эмоциональные реакции (базовые чувства: - злость, - радость, - грусть, -страх.). Получение обратной связи от группы в открытом диалоге (это может быть эмоциональный отклик на похожий жизненный опыт и возможность поделиться собственным опытом выхода из подобной ситуации) под управлением дежурного сотрудника реабилитационного отдела.

По окончании дня проводится тренинг по тайм-менеджменту\*, в данном мероприятии принимают участие резиденты, обладающие структурными функциональными обязанностями. Проходит в свободном формате, но временные рамки проведения ограничены в размере 30 минут. Обсуждаются актуальные и текущие работы, которые необходимо выполнить. Проводит тренинг ответственное лицо из числа реабилитируемых, обладающее на данный момент соответствующими полномочиями (как правило функция прораб) под контролем дежурного сотрудника реабилитационного отдела. В результате тренинга планируется и расписывается рабочая нагрузка между резидентами (учитывая реабилитационные мероприятия). В 24.00 для всех реабилитируемых объявляется отбой.

Подчеркнем значимость таких форм работы как:

Лекция\*(образовательное мероприятие)– направлено на изучение программной литературы, направленной на изучения феномена зависимости.

Прогресс за неделю\*(мероприятие групповой психотерапии)направлен на отслеживание позитивной или негативной динамики выздоровления, как самими резидентом, так и терапевтической группой. В виде обратной связи

группа указывает на проявления болезни (в виде конструктивной критики). На прогрессе можно отследить: - постановку цели, - достижение цели, - проработку дефектов характера, - приобретение или восстановление жизненных навыков.

Как мы говорили ранее, на каждом этапе реабилитации, резиденту программы дается определенное задание, качественное выполнение которого считается одним из требований, необходимых для перехода на следующий этап. На наблюдательном этапе таким заданием является «Мотивация».

Успешное написание «Мотивации» является одним из требований, необходимых для зачисления в программу реабилитации. При возникновении сложностей, наблюдатель вправе обратиться за помощью к своему наставнику или личному консультанту.

*Задание «Мотивация».*

*В ходе выполнения данного задания необходимо письменно ответить на следующие вопросы:*

*1. Почему (с какой целью) Вы хотите выздороветь? От чего Вы устали в употреблении? Чего хотите в трезвости?*

*2. Как Вы понимаете слово «выздороветь»?*

*3. Что Вы готовы сделать для выздоровления? Для чего Вам это нужно?*

*4. Что Вам мешает? (нет доверия; старые стереотипы (какие?); лень; сомнения);*

*5. Что Вы хотите получить от программы реабилитации?*

*6. Какое решение Вы принимаете сегодня – наркотики или выздоровление? Что влияет на ваше решение?*

*Данное задание необходимо для проработки жизненных ситуаций, с которыми столкнулся зависимый в процессе употребления ПАВ, начального самораскрытия и снятия собственного напряжения перед групповой терапией. Кроме того, задание имеет сопутствующую цель – поддержание, укрепление мотивации к участию в реабилитационной программе.*

Основными показателями мотивации, достаточной для дальнейшего участия в реабилитационной программе являются: признание наличия заболевания; понимание тяжести проблемы, связанной с зависимостью; понимание необходимости лечения (зависимый задумывается над тем, что самому, «в одиночку», не справиться); готовность к тесному взаимодействию и сплочению с семьей и друзьями; отказ от привычного стиля жизни на период лечения; готовность отказаться от личной жизни и выполнять требования совместного проживания с другими людьми на территории реабилитационного центра. Наличие данных показателей является основным критерием для оценки качества выполнения данного задания.

После того как задание «Мотивация» зачитывается на терапевтической группе, в соответствии с СОП\*, ведущий группы и члены сообщества задают уточняющие вопросы и путем голосования принимают решение о принятии

или непринятии наблюдателя в программу реабилитации. Если специалист, ведущий терапевтическую группу и члены сообщества по какой-либо причине решили, что данный человек не готов вступить в программу (задание написано не убедительно, возможно появились другие обстоятельства, мешающие приступить к курсу реабилитации), за наблюдателем остается право на повторное выполнение задания в условиях реабилитационного центра.

Если качество выполнения задания соответствует всем необходимым критериям, наблюдатель получает возможность перейти на следующий этап реабилитации – «адаптационный этап». Его принимают в реабилитационную группу, и он автоматически становится резидентом, т.е. официальным участником программы реабилитации.

## *2. Адаптационный этап (от 10 дней до 2,5 месяцев пребывания в реабилитационной программе)*

Цель второго этапа – помочь человеку полноценно адаптироваться в группе, научить его следовать всем правилам и законам сообщества, научить принимать на себя ответственность за свое поведение во время нахождения на территории центра.

С резидентом продолжают взаимодействовать наставник и специалисты реабилитационного отдела. На рабочей планерке реабилитационным отделом назначается индивидуальный консультант по химической зависимости, который будет вести резидента до выпуска из реабилитационной программы. В его обязанности входит выполнение мотивационной работы, заполнение лечебного плана, составление и помощь в выполнении терапевтических заданий, помощь в преодолении кризисных ситуаций или переломных моментов. При этом резидент вправе обратиться с любым волнующим его вопросом к любому другому дежурному консультанту из реабилитационного отдела.

Помимо индивидуальной работы с резидентом консультант параллельно ведет работу с семьей зависимого. При необходимости, для повышения мотивационного потенциала, проводит интервенцию\* - т.е. целенаправленное психологическое вмешательство в личностное пространство, целью которого является стимулирование определенных положительных изменений.

Адаптационный этап подразумевает участие резидента в различных групповых занятиях: в лекциях, адаптационных тренингах, динамических группах, терапевтических группах. На протяжении данного этапа реабилитации, резидент обязуется полностью соблюдать распорядок текущего дня, правила центра и, соответственно, строгое соблюдение общепринятых законов сообщества.

Второй этап реабилитации отличен от предыдущего тем, что теперь на нового резидента начинают возлагать некоторые функциональные обязанности, за исполнение которых он несет ответственность перед всей группой (приложение 3).

Возможность перехода на следующий этап рассматривается коллегией реабилитационного отдела с последующим утверждением реабилитационной группой, с учетом всех индивидуальных особенностей резидента.

*Основными критериями для перехода являются:*

- успешность прохождения начального этапа, которая подтверждается тем, что резидент остается в сообществе и придерживается принятых в сообществе правил;

- успешное исполнение назначенных функциональных обязанностей;

- ориентация на развитие позитивных навыков, таких как: дисциплинированность, развитие ответственности за себя и окружающих, восстановление и приобретение новых трудовых навыков, ведение здорового образа жизни, занятия спортом;

- развитие позитивного мышления по отношению к себе и окружающим;

- получение знаний о зависимости, как на групповых занятиях, так и самостоятельно;

- успешное выполнение следующих психотерапевтических заданий: «Положительные и отрицательные последствия употребления ПАВ» «История болезни».

При соответствии данным критериям принимается решение о переходе резидента на следующий этап.

*Задание «Положительные и отрицательные последствия употребления ПАВ».*

*Целью данного задания является более полное осознание резидентом своих мотивов и последствий употребления алкоголя и/или наркотиков.*

*Инструкция: Резиденту предлагается ответить на вопрос: «Что Вы пытались получить в результате употребления и что в действительности получили?» Отвечая, будьте максимально детальны. Приведите конкретные примеры того, что произошло с Вами, что Вы чувствовали. Избегайте выражений: всегда, никогда, иногда, как все и тому подобных.*

*Форма выполнения задания:*

✓ *Положительные последствия употребления:*

*Я употреблял алкоголь/наркотики, для того, чтобы...*

*Когда я пил/употреблял наркотики, я чувствовал, что...*

✓ *Отрицательные последствия употребления:*

*Но это привело к тому, что...*

*Потом я чувствовал, что...*



## *Задание «История болезни».*

*Цель - проанализировать и проработать чувства и переживания, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, установить причинно-следственную связь употребления ПАВ.*

*«Для проработки чувств и переживаний необходимо увидеть и осознать, как развивалась наша болезнь с течением времени. Алкоголь и наркотики далеко не сразу стали для нас проблемой. Было время, когда нам нравилось употреблять, и мы не видели причин, почему мы должны отказывать себе в удовольствии. Этот период можно охарактеризовать как "алкоголь / наркотик - друг".*

*Однако, со временем, вещества, изменяющие сознание, вместо того, чтобы помогать, стали создавать нам проблемы. Этот период развития зависимости мы обозначим, как "алкоголь / наркотик - враг".*

*Еще чуть позже вещества начали все больше и больше вторгаться в нашу жизнь, постепенно беря ее под контроль. Этот период мы обозначим как "алкоголь / наркотик - хозяин".*

*История болезни - это рассказ о том, как менялись твои отношения с веществом с течением времени.*

*История зависимости - это не история твоей жизни. Вам не нужно расписывать в подробностях, как у Вас складывались отношения с родителями, близкими и каких успехов удалось достичь в своей карьере. Это также не анализ, отвечающий на вопрос "почему?". История болезни - это рассказ о том, что происходило с Вами и вашей жизнью в связи с употреблением вещества, это перечень конкретных фактов, а не рассуждения по их поводу. Это возможность осознать свои чувства и поделиться ими с другими».*

### *1. Отношения с веществами в детстве (до 7 лет).*

*• Как относились к употреблению алкоголя и других веществ в доме, где Вы выросли?*

*• Употреблял ли кто-нибудь из ваших близких?*

*• Как это сказывалось на Вас? Что Вы чувствовали?*

*• Приходилось ли Вам, будучи ребенком, употреблять алкоголь или другие вещества? Как это было? Что Вы чувствовали? Были ли последствия?*

### *2. Начало отношений с веществами.*

*• Как и когда Вы начали употреблять? (мотив, обстоятельства).*

*• Как Вы относились к употреблению веществ в это время? Были ли у Вас убеждения против употребления каких-либо веществ?*

*• Как менялось ваше состояние, чувства, отношение с людьми в состоянии опьянения?*

• Сколько времени, сил и средств уходило на поиск и употребление веществ? Что Вы чувствовали, если веществ не было?

• Были ли последствия или проблемы, связанные с употреблением?

• Как часто Вы стали употреблять после первых проб?

3. Развитие отношений с веществами.

• Как изменялись количество, и частота употребления с течением времени?

• Что Вы хотели получить от веществ? Что давали вещества из того, чего Вам не хватало в трезвости?

• Что изменилось в вашем отношении к употреблению каких-либо веществ? Как Вы относились к употреблению наркотиков? Были ли у Вас какие-либо барьеры, опасения?

• Сколько времени, сил и средств уходило у Вас на поиск и употребление? Как Вы относились к трезвости?

• Какие были последствия или проблемы, связанные с употреблением?

4.« Алкоголь /наркотик – друг».

• Как изменились со временем вещества, их количество и частота употребления?

• Что Вы искали в употреблении? Что получали?

• Чему и как мешало ваше употребление? Чем Вы жертвовали ради употребления?

• Были ли люди, которые прямо или косвенно осуждали или пытались помешать вашему употреблению? Что Вы чувствовали и как относились к ним?

• Что изменилось в вашей жизни, в Вас самом?

• Какие были последствия и проблемы в связи с употреблением?

• Как изменились твои взгляды на употребление? » Сколько времени, сил и средств уходило на поиск и употребление? Как ты относился к трезвости?

5. «Алкоголь /наркотик–враг».

• Как изменились количество и частота употребления?

• Что Вы искали в употреблении? Что получали?

• Чему и как мешало ваше употребление? Чем жертвовали ради употребления?

• Сколько сил, времени и средств уходило на поиск и употребление? Как Вы относились к трезвости?

• Как изменились ваши убеждения насчет употребления?

• Какие были последствия и проблемы?

6. «Алкоголь /наркотик –хозяин».

- Сколько сил, времени и средств уходило на поиск и употребление в последнее время? Как Вы относились к трезвости?
- Что Вы искали в употреблении? Что получали?
- Какие идеи и убеждения сложились у Вас, относительно употребления?
- Какие были последствия и проблемы?
- Чему и как мешало употребление? Чем жертвовали ради употребления?
- Что Вы чувствовали по поводу своего употребления?

### *7. Отношения с веществами сегодня. Итог.*

- Как с течением времени изменились Ваши отношения с веществами?
- Что сделали вещества с Вами и вашей жизнью за то время, что Вы употребляешь?
- Что не успели сделать? Что у Вас осталось?
- Считаешь ли Вы себя больным наркоманией или алкоголизмом?

*Почему Вы так считаете?*

- Что Вы собираетесь делать с этим?
- Верите ли Вы в возможность трезвой и одновременно счастливой жизни для себя? Что должно произойти для этого?
- Что Вы собираетесь для этого сделать?

### *3. Промежуточный (восстановительный) этап (2,5- 3 месяца).*

Целью этапа является обнаружение тех аспектов жизнедеятельности человека, которые пострадали в процессе употребления ПАВ, попытка восстановить личность резидента и помочь ему выработать поведенческие навыки, позволяющие выстраивать социальные коммуникации. Дополнительные функциональные обязанности на данном этапе служат для более детального анализа образа мышления резидента с целью дальнейшей психокоррекции.

Главные задачи, которые стоят перед реабилитационным отделом:

- проработать кризисные ситуации, возникшие у резидента в процессе реабилитации;
- помочь резиденту развить коммуникативные способности;
- проработать имеющиеся психологические комплексы;
- развить позитивное мышление, ориентированное на трезвую жизнь;
- проработать негативные чувства по отношению к себе и окружающим.

Основным условием пребывания на территории подразделения по-прежнему остается соблюдение распорядка дня, а также следование правилам\* сообщества.

При переходе на промежуточный этап на динамической группе, согласно рекомендациям коллегии реабилитационного отдела и

утверждению реабилитационной группы, резидент приобретает новую «должность» в сообществе, состоящей из функциональных обязанностей, регулирующих важные аспекты жизнедеятельности реабилитационной группы (приложение 3). Назначение столь ответственных функций происходит на данном этапе, в том числе для того, чтобы резидент окончательно адаптировался в программе реабилитации.

Негативные: взгляды на жизнь, на отношения и социальные роли не приобретались зависимым в изоляции, соответственно не могут в изоляции измениться. Эта предпосылка лежит в основе работы сообщества в качестве групповой терапии. Для процесса научения необходимо активное участие в деятельности, стремление к обучению. Роль социальной ответственности приобретается через проигрывание. В рамках реабилитационных мероприятий сообщество дает возможность резидентам выступать в разных положительных ролевых моделях, которые в свою очередь, тесно связаны с прогрессом в программе реабилитации. Для выздоровления требуются надежная перспектива в отношении себя, общества и своей жизни, которая должна постоянно поддерживаться позитивной социальной связью с другими людьми на территории центра и за его пределами.

Резидент продолжает участвовать в когнитивно-поведенческих мероприятиях. Также он посещает лечебно-образовательные мероприятия, к которым относятся различные занятия в группах и индивидуальное консультирование. Они дают возможность понимать и конструктивно интерпретировать свои чувства, прорабатывать случаи неприемлемого поведения и решать личные и социальные проблемы. Процесс улучшения коммуникативных и межличностных навыков позволяет проанализировать и оценить соответствие между взглядами и поведением, а также предлагает альтернативные способы поведения.

Динамические группы, терапевтическая группа, лекционные занятия, тренинговые мероприятия являются главными формами групповой работы. Они отличаются по структуре и методам, но для терапевтических изменений преследуют одну цель – вызвать доверие и способствовать самораскрытию личности, сформировать умение сопереживать и быть солидарным с равными себе людьми. Акцент на данных мероприятиях делается на изменение стиля поведения. Основная техника здесь – тренировка доверия\*, метод оперантного обусловливания\*, техники самопомощи\*, подкрепление\*, моделирование\*, обратная связь\*, поощрение надежды\*, обучение навыкам поведения, конфронтация\*, а цель – прямое изменение негативных типов поведения и взглядов приобретенных в ходе употребления ПАВ. Динамические группы\* и терапевтические группы\* имеют первоначальной целью постепенные эмоциональные сдвиги и психологические инсайты\*. В лекциях подчеркивается важность получения новых знаний о зависимости и понимание, как эти знания применить в будущем.

На третьем этапе резиденту необходимо выполнить два задания: «10 болезненных последствий» и «Письма домой».

*Задание «10 болезненных последствий».*

*Цель: выявление болезненных последствий употребления ПАВ.*

*Инструкция: резиденту предлагается описать влияние ПАВ, их последствия в следующих областях жизни:*

- 1. Изменения в семейных отношениях;*
- 2. успехи в школе / на работе;*
- 3. изменения в отношениях с друзьями;*
- 4. происшествия и несчастные случаи;*
- 5. проблемы с законом;*
- 6. проблемы с деньгами;*
- 7. медицинские проблемы;*

*8. духовность: когда ты перешагивал через свои собственные убеждения, принципы.*

*Это должны быть десять наиболее болезненных последствий употребления наркотиков/алкоголя. Ситуации, в которых человек «почти» пострадал, зачтены не будут. Необходимо проставить порядковые номера каждому болезненному последствию.*

*Некоторые последствия могут быть теми событиями, которые могли бы и не произойти, когда человек был под воздействием наркотика/алкоголя, но эти стали результатом установок и поведения вокруг употребления или попыток его скрыть.*

*Задание «Письма домой».*

*Цель: сглаживание чувства вины перед родственниками.*

*Инструкция: необходимо прописать свои эмоциональные переживания, делая уклон на преобладающие чувства. Форма написания свободная.*

Прогрессивное прохождение курса реабилитации открывают перед резидентом возможность получения некоторых привилегий – т.е. вознаграждений, которые будут подкреплять его достижения. Они являются осязаемыми наградами за заслуги пациента и их спектр достаточно велик: от телефонного звонка (на ранних этапах пребывания в программе) до отпуска с ночевкой (на старшем этапе реабилитации). Значение данных поощрений заключается в том, что резиденты для их получения готовы изменить свое отношение и стиль поведения, готовы приложить много усилий и потратить время. Успешный переход на следующую ступень программы знаменуется получением новых привилегий (например, встреча со значимыми людьми на

территории центра), которые способны еще сильнее укрепить личное чувство ответственности у резидента.

Чтобы перейти на следующий этап реабилитации, резиденту необходимо соответствовать следующим критериям:

- научиться нести ответственность за себя и за других, в том числе за более младших и «отличных»\* от нас;
- быть открытым и честным;
- стремиться жить по принципу «здесь и сейчас»;
- обрести желание обучаться новым навыкам;
- научиться определять свои чувства и выражать их не нанося вред другим резидентам;
- научиться работать с напряжением;
- получить знания о том, как проявляется болезнь в трезвости;
- развить свою физическую активность;
- научиться принимать себя «таким, какой есть», быть самокритичным.

#### *4. Заключительный этап (3–12 месяцев).*

Основное значение данного этапа заключается в восстановлении тех аспектов жизни и деятельности резидента, которые пострадали в процессе употребления ПАВ. Это возможно осуществить при условии, что резидент на протяжении предыдущих этапов реабилитации сумеет научиться брать на себя ответственность за свои поступки, сумеет восстановить социальный, психологический и духовный аспекты своей жизнедеятельности и сможет стать примером для подражания и ролевой поведенческой моделью для новых участников программы.

Ежедневно проходящие когнитивно-поведенческие мероприятия направленные на коррекцию личности резидента. Групповые занятия, проводимые реабилитационным отделом и резидентами, остаются неизменными в течение всего реабилитационного времени. На динамической группе происходит обмен функциональными обязанностями между резидентами и приобретение дополнительных функций (только после того, как данный резидент справился с поставленными задачами по данной ему ранее функции). На сроке пребывания от 7-8 месяцев на динамической группе назначаются такие функциональные роли, как «Шеф службы безопасности» и «Президент группы» (приложение 3).

Смена вида деятельности в сообществе требуется для приобретения важного опыта у резидентов, большинство из которых в обычной жизни никогда не имели трудовых успехов и социальных достижений. Продвижение по «карьерной лестнице», связанное с принятием функциональной роли в сообществе, способно повысить социальный статус резидента и дать ему те или иные привилегии. Тем не менее, смена равнозначных функциональных ролей, чаще всего, происходит на одном этапе реабилитации. Это позволяет ознакомиться резиденту со всеми

сторонами жизни сообщества, приобрести многогранный опыт социальной деятельности и определенные производственные навыки.

Также, смена функциональных обязанностей в группе является эффективным терапевтическим средством, которое дает как способы, так и стимулы и средства для необходимых изменений в поведении и во взглядах на жизнь. Подъем по вертикали в реабилитационной структуре показывает, насколько хорошо резидент усвоил то, чему его обучают в сообществе. Следовательно, продвижение по службе способствует значительному личностному росту.

Прогресс в конце данного этапа оценивается по следующим показателям:

- степень понимания правил, философии и структуры программы;
- знание лекционного материала;
- степень вовлеченности и участия в жизни сообщества;
- приверженность к программе реабилитации и вкладу в деятельность сообщества (работа по функциональным обязанностям);
- уровень работоспособности и активность при участии в жизни сообщества;
- умение нести ответственность за себя и окружающих;
- ролевая модель (например: передача своего опыта и обучение других резидентов);
- самоанализ, самокритичность и адекватное реагирование на конструктивную критику;
- умение работать с напряжением и переживать стрессовые ситуации;
- умение отслеживать болезненные последствия в поведении и самостоятельно корректировать его;
- развитие и восстановление духовных ценностей\*;

До четвертой стадии реабилитации резидентам необходимо выполнить следующие задания: «Неуправляемость», «Планирование».

*Задание « Неуправляемость».*

*Цель - отследить свое неуправляемое поведение в ходе употребления ПАВ.*

*Инструкция: Неуправляемость означает нарушение жизни, связанное с невозможностью контролировать употребление ПАВ. Необходимо описать свою неуправляемость в ходе употребления по определенному принципу:*

- а) ухудшение здоровья;*
- б) эмоциональные проблемы;*
- в) семейные и общественные проблемы;*
- г) духовные проблемы;*

- д) сексуальные проблемы;
- е) проблемы на работе;
- ж) финансовые проблемы.

*Взгляд на неуправляемость жизни помогает понять причину полнейшей несостоятельности, что необходимо для выздоровления. Это то, что обычно называют «достижением дна».*

*А. Нарушения здоровья: нарушение функции печени; ВИЧ, гепатиты и другие болезни, возникновение которых связано с употреблением; язвы; повышенная возбудимость; потеря веса; нарушения питания и сна; повторные визиты к врачу или в больницу в связи с наркотическими/алкогольными проблемами; потеря внешней привлекательности; травмы, полученные вследствие употребления (драки, аварии). 5 примеров.*

*Б. Финансовые проблемы: отсутствие сбережений; расходы на адвокатов и разводы; траты семейных денег на наркотики/алкоголь вместо запланированных покупок; долги и их последствия; траты на наркотики/алкоголь и лечение; штрафы за вождение в нетрезвом состоянии; возмещение последствий употребления (разбитые автомобили, потерянные, испорченные вещи и проданные вещи, ломбарды); упущенные финансовые возможности из-за употребления наркотиков/алкоголя; плохое планирование семейного бюджета. 5 примеров.*

*Посчитайте, сколько всего вы потратили денег за время своего употребления.*

*В. Социальные проблемы: отдаление и потеря друзей в результате употребления; уклонение от общественных действий; общение с людьми, от которых зависит употребление; нарушение законодательства - приводы в милицию, вытрезвители, воровство, кражи, хулиганство, нарушение общественного порядка, хранение наркотиков, проституция, мошенничество и т.п.; потеря работы и проблемы с ней в целом, выговоры, прогулы, неоконченное образование. 5 примеров.*

*Г. Семейные проблемы: семейные ссоры и драки; невозможность общаться с родителями, близкими людьми, супругом и/или детьми; оскорбления или физическое насилие над супругом/детьми или другими близкими людьми; невыполнение домашних обязанностей; вранье; воровство; протест близких против употребления; развод; срыв семейных планов из-за употребления; измены; уходы из дома и бродяжничество. 5 примеров.*

*Д. Сексуальные проблемы проявляются следующим образом: импотенция; отсутствие оргазма; сексуальные связи, которые были тебе не нужны; безразличие к противоположному полу; измены; использование других людей для собственного удовлетворения; сексуальное поведение,*



*которое в трезвом состоянии для тебя неприемлемо или чувство вины за прошлые сексуальные контакты. 5 примеров.*

*Е. Духовные проблемы, которые появляются с развитием зависимости от наркотиков/алкоголя; отчуждение от верований и представлений, которые были раньше; потеря веры; совершение поступков, ранее не приемлемых: вранье, воровство, насилие к людям, предательство, лицемерие; изменение характера, жизненных ценностей и собственных убеждений, моральных принципов; потеря веры в себя, любви к себе и к близким и к жизни вообще (суицидальные мысли, попытки). 5 примеров.*

*Ж. Эмоциональные проблемы: трудности в выражении твоих чувств или неадекватное их проявление; депрессия и чувство вины за прошлое поведение; чувство страха перед похмельем (ломкой), разоблачением вранья, страх остаться без алкоголя (наркотиков); злость и раздражена всех, кто препятствует употреблению, ненависть к себе, постоянное чувство одиночества, бессилия и безысходности. 5 примеров.*

#### *Задание «Планирование».*

*Данное мероприятие направлено на то, чтобы отследить, как резидент видит свое ближайшее будущее и ориентировать его на прохождение постпрограммы.*

*Резиденту нужно составить планов на год в свободной форме, но при этом необходимо учитывать все сферы жизнедеятельности, которых касается восстановление и дальнейшее развитие, поэтапно расписать где, чем и когда будет заниматься резидент.*

*В данном задании важно спланировать первый год трезвой жизни в сферах:*

- выздоровление;*
- здоровье;*
- семья;*
- социальная сфера;*
- духовная сфера.*

*Критериями перехода на заключительный этап реабилитации считается:*

- развитое чувство ответственности;*
- открытость и честность;*
- стремление жить по принципу «здесь и сейчас»;*
- желание обучаться новым навыкам;*
- умение конструктивно определять и выражать свои чувства;*
- уметь работать с напряжением;*
- знать проявлениях болезни в трезвости;*
- быть физически активным;*

- принимать себя «какой/ая есть»;
- быть конструктивно самокритичным;
- духовность (какие принципы восстановлены или приобретены новые и какие жизненные ценности появились в ходе пребывания в программе реабилитации).

### *5. Постпрограмма (12-18 месяцев).*

Главная цель завершающего этапа реабилитации – это помощь в ресоциализации и окончательная адаптация человека в социуме.

Перед реабилитационным отделом стоят следующие задачи:

- помочь резиденту восстановить взаимоотношения с родственниками (если это возможно);
- максимально восстановить здоровье личности;
- если есть необходимость - помочь восстановить документы и трудоустроится;

На данном этапе все функциональные обязанности с резидента снимаются и передаются другим.

Для поддержания процесса восстановления, резиденту следует посещать группы взаимопомощи и заниматься непрерывным саморазвитием.

Психологическую зрелость резидентов с 12-месячным стажем реабилитации можно оценить по их способности контролировать свое эмоциональное состояние и сохранять автономию. Они реалистично оценивают свои возможности и хорошо справляются с предлагаемой работой. Отношения с реабилитационным отделом носят спонтанный и спокойный характер, а свободное время, отпуск и командировки (посещение групп АН или АА) они проводят с другими резидентами, чье поведение также расценивается позитивно. Их соответствие идеи сообщества отражается в способности адаптироваться к новым ситуациям и прививать ценности группы реабилитации другим резидентам.

После пребывания в сообществе резиденты в состоянии понять собственные проблемы и проблемы, связанные с зависимостью. Эти люди демонстрируют устойчивые признаки позитивного изменения. Не смотря на их уверенность в себе и стремление двигаться вперед, у них сохраняется определенная степень тревоги и неопределенности, связанная с беспокойством о будущем. Их открытость в отношении возможных проблем считается позитивным психологическим симптомом. Высокий уровень личного самораскрытия хорошо заметен в работе с группой, при общении с равными себе и при частых обращениях к реабилитационному отделу за консультациями.

Подготовка к возвращению в общество – это стадия, на которой резидент должен закрепить навыки автономного принятия решений, научиться управлять своей жизнью и не полагаться на специалистов

реабилитационного отдела подразделения и на сообщество в целом. Резидент продолжает жить в сообществе. Исходя из предположения, что человек на данном этапе вполне способен управлять собственной жизнью, уровень контроля над ним со стороны реабилитационного отдела снижается, но при этом личный специалист, совместно с резидентом обговаривает планы на неделю и отслеживает их соблюдение. Навыки самоуправления проявляются в принятии самостоятельных решений относительно привилегий, социальных целей и жизненных планов. Особенный акцент во время индивидуальных встреч с консультантом ставится на закрепление социальных навыков, которые необходимы для жизни вне реабилитационной программы. Посещение всех лечебных мероприятий и ответственность за других резидентов является обязательной в том случае, если резидент находится на территории центра.

У резидента появляются новая обязанность - работа с вновь прибывшими и новичками, которая заключается в передаче позитивного опыта (ролевая модель\*).

Главным условием нахождения в центре по-прежнему остается следование правилам центра и соблюдение распорядка дня. Помимо всего прочего, при переходе на данный этап реабилитации, между резидентом и реабилитационным центром заключается специальное соглашение (приложение 4).

Как и на предыдущих стадиях, перед резидентом стоит задача выполнения следующих заданий: «Динамика срыва» и «Прерывание динамики». Задания постпрограммы прорабатывается на терапевтических группах.

#### *Задание « Динамика срыва».*

*Цель данного задания: отследить динамику предсрывного состояния и дать себе возможность остановить ее.*

##### *Инструкция:*

- 1. Выберите от трёх до пяти наиболее известных вам симптомов.*
- 2. Перепишите названия этих симптомов своими словами.*
- 3. Коротко раскройте содержание этих симптомов.*
- 4. Обсудите написанное со своим консультантом. Перепишите, если им неясно, что вы имеете в виду.*
- 5. Просматривайте список каждый день, чтобы заметить, есть ли какие-либо из этих симптомов.*
- 6. Обсудите список с друзьями или семьёй и попросите их сказать вам, если они заметят какие-либо симптомы.*
- 7. Если обнаружите какой-либо симптом, определите, нужна ли вам помощь и обратитесь за ней.*

## *Фаза 1*

### *Возвращение отрицания*

- 1. озабоченность своим состоянием;*
- 2. отрицание озабоченности.*

## *Фаза 2*

### *Избегание и защитное поведение*

- 1. убеждённость в том, что «никогда больше не уколюсь»;*
- 2. беспокойство за других вместо заботы о себе;*
- 3. самозащита;*
- 4. застревающее поведение;*
- 5. импульсивное поведение;*
- 6. склонность к одиночеству.*

## *Фаза 3*

### *Формирование кризиса*

- 1. «туннельное» видение;*
- 2. малая депрессия;*
- 3. утрата конструктивного планирования;*
- 4. планы начинают проваливаться.*

## *Фаза 4*

### *Иммобилизация (обездвиживание)*

- 1. мечтания о том, что может случиться если бы...;*
- 2. чувство, что ничего нельзя решить;*
- 3. незрелое (невзрослое) желание быть счастливым.*

## *Фаза 5*

### *Замешательство или сверхсильное реагирование*

- 1. периоды замешательства;*
- 2. раздражительность на друзей и близких;*
- 3. легко поддаётся чувству гнева.*

## *Фаза 6*

### *Депрессия*

- 1. нерегулярное питание;*
- 2. отсутствие желания делать что-либо;*
- 3. нарушение сна;*
- 4. нарушение суточного режима;*
- 5. периоды глубокой депрессии.*

## *Фаза 7*

### *Потеря контроля над поведением*

- 1. нерегулярное посещение групп поддержки и собраний АН и АА;*
- 2. развивается отношение «мне наплевать»;*
- 3. открытое отвержение помощи;*
- 4. неудовлетворённость жизнью;*
- 5. чувство беспомощности и бессилия.*

## *Фаза 8*

### Осознание потери контроля

1. жалость к себе;
2. мысли о социально приемлемом употреблении;
3. сознательный обман;
4. полная потеря уверенности в себе.

### Фаза 9

#### Сужение выбора

1. необоснованная обида;
2. прекращение всех видов лечения и посещений собраний АН и АА;
3. переполняющее одиночество.

### Фаза 10

#### Эпизод срыва

1. первое употребление (срыв);
2. стыд и вина;
3. бессилие и безнадежность;
4. полная потеря контроля;
5. био-психо-социо-духовное разрушение;
6. полное изнеможение.

*Задание «Прерывание динамики».*

*Цель: составить личный список способов выхода из динамики срыва.*

*Инструкция: в каждой из 10 фаз, проанализировать и найти, описать выходы из динамики срыва.*

Отметки о выполнении заданий и получении знаний о зависимости в индивидуальном лечебном плане делает сотрудник реабилитационного отдела центра (в соответствии с СОП).

После успешного завершения этапа «Постпрограмма», резидент готовится к выпускному – т.е. официальному завершению курса социально-психологической реабилитации. Завершение знаменует прекращение активного участия в программе. Завершение программы само по себе является праздничным событием, которое проводится в центре в честь тех людей, которые успешно завершили программу реабилитации, обычно, спустя 1 год от зачисления в реабилитационную программу.

В дальнейшем реабилитационным отделом даются рекомендации выпускнику, это некоторое время проживать в программе реабилитации, что облегчит процесс изменений, который будет продолжаться всю оставшуюся жизнь. То, что было достигнуто в ходе реабилитации - будет помогать человеку ресоциализироваться дальше, и этот процесс будет менее болезненно. Придерживаться всех правил, норм и ценностей, которые приобрел во время жизни в сообществе, использовать теоретические знания и практические навыки, полученные на протяжении всего времени пребывания в центре. Это поможет избежать вероятности рецидива заболевания и продлит состояние

ремиссии. Для наибольшей эффективности неопиту рекомендуется посещать различные группы поддержки на протяжении длительного времени.

## **Заключение**

Проблемы профилактики зависимости от психоактивных веществ, организации и внедрения в практическую деятельность процесса социально-психологической реабилитации на сегодняшний день оказались едва ли не самыми трудноразрешимыми как нашей страной и региона в частности.

Зависимости детерминированы психологическими причинами, кризисами личными и социальными, они представляют собой самые прочные цепи, которые удерживают разум личности в плену.

Социому зависимости его членов обходятся значительно дороже, чем эпидемии и стихийные бедствия. Поэтому профилактику всех форм зависимого поведения уместно проводить системно и на всех уровнях социальных институтов.

Процессы реабилитации и ресоциализации- это возможность зависимых и созависимых людей вновь стать свободными и здоровым личностями.

## Список литературы

1. Анохина И.П. Основные психологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2т. / Под ред. Н.Н.Иванца. – М.2002.
2. Березин С.В. Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. – Самара,1995.
3. Бодалев А.А. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под. ред. А.А.Бодалева ,В.В.Столина. – М.,1989.
4. Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.
6. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М., 2002.
7. Гасанов Е.Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. – М., 1997.
8. Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М. и др. Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. – СПб., 2001.
9. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – 2-е изд., стер. – М., 2003.
- 10.Змановская Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения личности: Учебное пособие. – СПб., 2001.
- 11.Зыков О.В. Состояние и перспектива развития детско-подростковой наркологической службы в г. Москве // Вопросы наркологии. 1997. № 1. С. 27-32.
- 12.Иванов В.И. Наркотики и дети / Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К.В.Сельченко. – Мн., 2004.
- 13.Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. – Новосибирск, 1990.
- 14.Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков.: Учеб.-метод. пособие. – М., 1998.
- 15.Леонова Л.Г., Бочкарева Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Психология зависимости: Хрестоматия / Сост. К.В.Сельченко. – Мн., 2004.
- 16.Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология и профилактика ранней наркомании. – Самара, 1996.
- 17.Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л., 1991.
- 18.Наркомания как форма девиантного поведения / Под ред. М.Е.Поздняковой. – М., 1997.
- 19.Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под общ. ред. Н.Н.Посысоева. – М., 2004.
- 20.



21. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – М., 2001.
22. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М., 1994.
23. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб., 2000.
24. Реабилитация химически зависимых людей: партнерство во имя жизни: коллективная монография / коллектив авторов: В.И. Рерке, М.И. Червиченко/ Отв. ред. В.И. Рерке.– Иркутск: ПИ ИГУ, 2015. – 110с.
25. Рерке В.И. Профилактика наркомании в семье: научно-популярное издание - Иркутск: Издательство Репроцентр А1, 2014. – 84 с.
26. Рерке В.И. Профилактика наркомании: от теории к практике.- Иркутск, 2010.- 190с.
27. Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков. – М., 2004.
28. Симатова О.Б. Первичная профилактика злоупотребления психоактивными веществами у подростков. – Чита: Изд-во ЗабГПУ, 2005. – 152 с.
29. Симатова О.Б. Психология зависимости. – Чита: Изд-во ЗабГГПУ, 2006. – 308 с..
30. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор психиат. и и мед. психол. – 1994. – С.63-74.
31. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2003.
32. Фельштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. – М., 1995.
33. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: проблемы, клиника, реабилитация. – СПб., 2001.
34. <http://pedlib.ru/>
35. <http://www.edu.ru>
37. [www.narkostop.irkutsk.ru](http://www.narkostop.irkutsk.ru)
38. <http://www.social-pedagog.edu.mhost.ru/>
39. <http://socpedagogika.narod.ru>
40. <http://mpn-irkutsk.ru>

**Примерный распорядок дня:**

**Понедельник**

07.00 - Подъем.

07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.

07.45 - 08.15 - Завтрак.

08.45 - 09.00 –Динамическая группа.

09.00 - 11.00 –Развитие навыков самообслуживания.

11.00 - 11.30 - Завтрак.

11.30 - 13.30 - Терапевтическая группа.

13.30 - 13.50 - Перерыв.

13.50 - 14.50 - Выработка навыков здорового поведения.

14.50 - 15.00 - Перерыв.

15.00 - 16.00 - Обед.

16.00 - 16.45–Динамическая группа.

16.45 - 18.00 - Выработка навыков здорового поведения.

18.00 - 19.00 - Самоподготовка (выполнение заданий, чтение программной литературы, подготовка лекций).

19.00 - 19.30 - Ужин.

19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.

20.00 - 22.30 - Анализ чувств.

22.30 - 23.00 –Тренинг по тайм-менеджменту.

23.00 – 00.00 – Время для личной гигиены.

00.00 - Отбой.

**Вторник**

07.00 - Подъем.

07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.

07.45 - 08.15 - Завтрак.

08.45 - 09.00 -Динамическая группа.

09.00 - 11.00 -Развитие навыков самообслуживания.

11.00 - 11.30 - Завтрак.

11.30 - 12.30 - Лекция.

12.30 - 12.50 - Перерыв.

12.50 - 14.50 - Выработка навыков здорового поведения.

14.50 - 15.00 - Перерыв.

15.00 - 16.00 - Обед.

16.00 - 16.45 - Дисциплинарный час.

16.45 - 18.00 - Выработка навыков здорового поведения.

18.00 - 19.00 - Самоподготовка (выполнение заданий, чтение литературы, подготовка лекций).

19.00 - 19.30 - Ужин.

19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.

20.00 - 22.30 - Анализ чувств.

22.30 - 23.00 - Тренинг по тайм-менеджменту.  
00.00 - Отбой.

### ***Среда***

07.00 - Подъем.  
07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.  
07.45 - 08.15 -Динамическая группа.  
08.45 - 09.00 - Планерка.  
09.00 - 11.00 -Развитие навыков самообслуживания.  
11.00 - 11.30 - Завтрак.  
11.30 - 13.30 - Терапевтическая группа.  
13.30 - 13.50 - Перерыв.  
13.50 - 14.50 - Выработка навыков здорового поведения.  
14.50 - 15.00 - Перерыв.  
15.00 - 16.00 - Обед.  
16.00 - 16.45 - Дисциплинарный час.  
16.45 -19.00 –Футбольный матч.  
19.00 - 19.30 - Ужин.  
19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.  
20.00 - 22.30 - Анализ чувств.  
22.30 - 23.00 - Тренинг по тайм-менеджменту.  
00.00 - Отбой.

### ***Четверг***

07.00 - Подъем.  
07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.  
07.45 - 08.15 - Завтрак.  
08.45 - 09.00 -Динамическая группа.  
09.00 - 11.00 -Развитие навыков самообслуживания.  
11.00 - 11.30 - Завтрак.  
11.30 - 12.30 - Лекция.  
12.30 - 12.50 - Перерыв.  
12.50 - 14.50 - Выработка навыков здорового поведения.  
14.50 - 15.00 - Перерыв.  
15.00 - 16.00 - Обед.  
16.00 - 16.45 - Дисциплинарный час.  
16.45 - 18.00 - Выработка навыков здорового поведения.  
18.00 - 19.00 - Самоподготовка (выполнение заданий, чтение литературы, подготовка лекций).  
19.00 - 19.30 - Ужин.  
19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.  
20.00 - 22.30 - Анализ чувств.  
22.30 - 23.00 - Тренинг по тайм-менеджменту.  
00.00 - Отбой.

### ***Пятница***

07.00 - Подъем.  
07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.  
07.45 - 08.15 - Завтрак.  
08.45 - 09.00 -Динамическая группа.  
09.00 - 11.00 -Развитие навыков самообслуживания.  
11.00 - 11.30 - Завтрак.  
11.30 –14.50 - Выработка навыков здорового поведения.  
14.50 - 15.00 - Перерыв.  
15.00 - 16.00 - Обед.  
16.00–19.00-Динамическая группа.  
19.00 - 19.30 - Ужин.  
19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.  
20.00 - 22.30 - Анализ чувств.  
22.30 - 23.00 –Тренинг по тайм-менеджменту.  
00.00 - Отбой.

### ***Суббота***

07.00 - Подъем.  
07.10 - 07.45 - Пробежка, зарядка, обливание.  
07.45 - 08.15 - Завтрак.  
08.45 - 09.00 -Динамическая группа.  
09.00 - 11.00 -Развитие навыков самообслуживания.  
11.00 - 11.30 - Завтрак.  
11.30 - 12.30 - Лекция.  
12.30 –14.50 - Прогресс.  
14.50 - 15.00 - Перерыв.  
15.00 - 16.00 - Обед.  
16.00–19.00 – Футбольный матч.  
19.00 - 19.30 - Ужин.  
19.30 - 20.00 - Написание анализа чувств.  
20.00 - 22.30 - Анализ чувств.  
22.30 - 23.00 - Тренинг по тайм-менеджменту.  
00.00 - Отбой.

### ***Воскресенье***

9.45- Подъем, гигиена, обливание.  
10.00-10.30- Завтрак.  
10.30-11.30-Развитие навыков самообслуживания.  
11.30-12.30- Лекция от резидентов.  
12.30-13.00- Интеграция.  
13.00-15.00- Самоподготовка (выполнение заданий, чтение литературы, выполнение, подготовка лекций).  
15.00-15.30- Обед.  
15.30-18.00- Просмотр программного фильма, видео- лекции (обсуждение тематики).  
18.00-19.00- Час поэзии.

19.00-19.30- Ужин.  
19.30-20.30- Динамическая группа.  
20.30-21.30- Добрый вечер.  
21.30-22.30- Тренинг по тайм-менеджменту.  
22.30-00.00- Самоподготовка (выполнение заданий, чтение литературы,  
подготовка лекций).  
00.00- Отбой.

На территории подразделения реабилитационного центра действуют следующие законы:

- Закон абсолютной трезвости (запрет на употребление наркотических средств, алкоголя и психотропных веществ);
- Закон территории (нельзя покидать территорию центра без оповещения дежурного консультанта);
- Закон сексуальной абстиненции (сексуальные отношения запрещены);
- Закон воздержания от агрессии (запрещена любая агрессия, в том числе вербальная);
- Закон учтивости (резиденты должны быть честными с самими собой и окружающими).

### **Функциональные обязанности резидентов:**

#### ***Этап «новичок»:***

- «Информатор»: утром сообщает группе о новостях, происходящих в социуме (смотрит по ТВ или читает в газетах) и прогноз погоды на день.
- «Физрук»: проводит упражнения по физической подготовке (зарядка), несет ответственность за спортивный инвентарь.
- «Территория»: поддерживает территорию в чистоте.
- «Лектор»: отслеживает наличие и перемещение специальной литературы и ведет график сдачи лекционного материала.
- «Инструментальщик»: несет ответственность за правильное использование и работоспособность инструмента центра.
- «Флорист»: занимается цветоводством.

#### ***Этап «промежуточный»:***

- «Шеф кухни»: отслеживает чистоту и порядок в помещениях кухни и столовой, составляет заказ по покупке необходимых продуктов питания, составляет графики дежурств.
- «Хозяин дома»: составляет графики уборки дома, отслеживает чистоту и порядок, составляет заказ необходимых хозяйственных средств.
- «Прораб»: в вечернее время проводит мероприятие «планирование трудового дня», где присутствуют все резиденты, ответственные за определенные функции, начиная с промежуточного этапа (новички не присутствуют на данном мероприятии). На планировании собирает у всех резидентов необходимую работу, которую нужно выполнить и по окончании мероприятия составляет план работ на следующий день (расписывает всех резидентов на разные трудовые объекты).

#### ***Этап «старший»:***

- «Банщик»: содержит сауну в порядке, составляет график уборки, подготовки и проведения банных интеграций.
- «Исполнитель»: проверяют качество выполнения дополнительных работ, записывает и отслеживает выполнение «практических заданий»\* данных резидентам в ходе динамической группы.  
(практическое задание\* - специальное задание, которое назначается резиденту программы за какое – либо отклонение в поведении, недопустимое на территории центра).
- «Территория»: отслеживает и поддерживает порядок на территории.
- «Дорога»: отслеживает и поддерживает порядок на дороге.
- «Собаки»: уход и кормление собак.

-«Старший фермер»: уход и кормление животных (кролики, свиньи, козы).

- «Огород»: занимается рассадой и посадкой огорода.

- «Клумбы»: занимается рассадой и высадкой цветов на территории.

-«Кочегар»: несет ответственность за котельную и систему отопительного снабжения (под строгим кураторством реабилитационного отдела).

- «Гараж»: поддерживает чистоту и порядок в гараже.

- «Президент группы» - резидент, владеющий всеми навыками других «функциональных» (резидентов, ответственных за определенные функциональные обязанности), организует досуг сообщества, является посредником между группой и реабилитационным отделом. Президентом может стать реабилитируемый, находящийся в программе не менее семи месяцев.

- «Шеф службы безопасности»: отвечает за безопасность на территории центра, следит за эмоциональным состоянием группы, работает с вновь прибывшими ребятами, осуществляет комплекс мероприятий, направленных на охрану территорий подразделения от наличие запрещенных предметов и вещей (если обнаруживается что-либо из запрещенных предметов, немедленно сообщает дежурному специалисту по социальной работе или дежурному по режиму для дальнейшего изъятия и уничтожения (изоляция)), является посредником между группой и специалистами реабилитационного отдела. Шефом службы безопасности может стать резидент, находящийся в программе не менее семи месяцев.



## Соглашение

Постпрограмма РЦ «Искра» в лице \_\_\_\_\_ и клиент программы \_\_\_\_\_ (Ф.И.) заключили соглашение о нижеследующем:

I. В период прохождения курса постпрограммы РЦ «Искра» клиент обязуется:

1. Соблюдать закон абсолютной трезвости. Отказаться от энергетиков, квасных напитков, стимулирующих и китайских чаёв (Пуер, габа, ДаХунПао и др.), курить кальян.

2. Соблюдать распорядок и режим дня. Посещать все лечебные мероприятия и запланированные собрания (за непосещение терапевтических групп и собраний выписка из центра на 6 месяцев без права входа на территорию центра), исключение составляют те случаи когда клиент согласовал свой отъезд с консультантом. (работа, больница, отпуск).

3. Обязательно выполнять задания и назначения консультантов и психологов центра. (Волонтерство, проведение собраний, групп, анализов чувств).

4. Клиент обязуется раз в неделю предоставлять персоналу центра план действий на всю следующую неделю, а так же сообщать все изменения и корректировки своего плана.

5. Посещать все спортивные мероприятия, интеграции (Отсутствие на мероприятии обсуждается с консультантом и группой)

6. Прописывать анализ чувств и прогресс. Если клиент не находится на территории центра, то по приезду он обязуется предоставить консультантам анализы чувств за прошедшие дни.

7. Отказаться от секса с девушками лёгкого поведения.

8. Посещать не менее 2 раз в неделю группы АА и\или АН.

9. По первому требованию персонала сдать анализ на наличие ПАВ (мульти тест приобретенный за свой счёт, отказ от сдачи или неимение теста выписка из центра на 6 месяцев без права входа на территорию центра).

10. Отвечать на все телефонные звонки от персонала центра либо перезвонить в течении часа. Не взятая трубка приравнивается к срыву, в противном случае въезд на территорию центра исключительно с мультитестом.

II. ЦР «Искра» обязуется предоставить клиенту:

1. Проживание с питанием на территории центра на время всего срока прохождения постпрограммы.

2. Групповую терапию.

3. Индивидуальное консультирование.
4. Литературу и методические пособия для выздоровления от химической зависимости.

III. Отклонение от общих правил РЦ «Искра» для клиентов на постпрограмме.

1. Клиенту разрешается покидать территорию РЦ «Искра» и не участвовать в обязательных для него мероприятиях, с предоставлением и обсуждением плана командировки.

2. Клиенту разрешается пользоваться сотовым телефоном, личными деньгами. Но рекомендуется хранить телефон, документы и личные деньги в кабинете.

3. Клиенту разрешается управлять транспортным средством.

4. Клиенту на постпрограмме разрешается пользоваться услугами такси при наличии ЛИЧНОГО ЗАРОБОТКА.

5. Клиент на постпрограмме называет свои вопросы (если такие имеются), и путём голосования группы выясняется утрудняется клиент или нет.

6. Клиенту разрешается не ложиться спать по общему отбою.

\*Персонал центра оставляет за собой право отказать в каких либо пунктах или рекомендовать базовую реабилитацию с целью стабилизации.

**Внимание!**

**ВЫПИСКА С ПОСТПРОГРАММЫ ИЛИ ЗАМЕНА НА БАЗОВУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ МОЖЕТ ПОСЛЕДОВАТЬ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО И В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ СУТОК.**

Персонал программы имеет право по собственному усмотрению направить резидента на экспертизу относительно употребления веществ изменяющих сознание. Отказ резидента от экспертизы рассматривается, как признание факта употребления и влечёт за собой немедленное расторжение и выписку из программы.

Деньги и ценные вещи клиенту на руки не выдаются, а возвращаются родственникам.

**ЗА ЖИЗНЬ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕЗИДЕНТА, В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ ИМ ДАННОГО СОГЛАШЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЙ ПЕРСОНАЛ ПРОГРАММЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕ НЕСЁТ.**

IV. Индивидуальный план постпрограммы РЦ «Искра» для \_\_\_\_\_ включающий в себя:

---

---

---

---

—

**Согласие на постпрограмму.**

1. Я ознакомился(лась) с правилами данной программы и согласен(на) со всеми перечисленными пунктами.

2. Я готов(а) взять на себя ответственность за выполнение условий данного соглашения с моей стороны.

3. Я согласен(на) на использование и обработку моих личных данных и конфиденциальной информации персоналом программы в терапевтических целях.

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.) внимательно прочитал(а) все пункты данного соглашения и получил(а) подписанный сотрудниками программы экземпляр соглашения.

**Подписи сторон.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО клиента) (подпись)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО консультанта) (подпись)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

*Курс базовых лекций:*

1. Концепция болезни (все сферы жизнедеятельности);
2. Чувства;
3. Тяга;
4. Правда/ честность;
5. Жалость к себе;
6. Дефекты характера;
7. Напряжение;
8. Бессилие;
9. Границы;
10. Неуправляемость;
11. Созависимость;
12. Выздоровление/ срыв;
13. Духовность

## Глоссарий

**Тайм-менеджмент** – управление временем — это действие или процесс тренировки сознательного контроля над количеством времени, потраченного на конкретные виды деятельности, при котором специально увеличиваются эффективность и продуктивность. Управление временем может помочь получить ряд навыков, инструментов и методов, используемых при выполнении конкретных задач, проектов и целей. Этот набор включает в себя широкий спектр деятельности, а именно: планирование, распределение, постановку целей, делегирование, анализ временных затрат, мониторинг, организация, составление списков и расстановка приоритетов. Изначально управление приписывалось только бизнесу или трудовой деятельности, но со временем термин расширился, включив личную деятельность с таким же основанием. Система управления временем составляет сочетание процессов, инструментов, техник и методов. Обычно управление временем является необходимостью в развитии любого проекта, поскольку определяет время завершения проекта и масштаб.

**Психологический комплекс**– это бессознательная установка человека на определенную модель поведения. Эти представления человека о себе (о своих физических и психологических недостатках) нередко бывают преувеличенными и сопровождаются глубокими переживаниями, которые, как правило, скрываются от других людей.

**Терапевтическая группа**- Терапевтическая группа дает возможность увидеть и понять, что ты не один, кто испытывает подобные трудности жизни, и что существует жизненный опыт большого количества людей, которые уже справились с такой же проблемой либо идут по пути её решения.

**Анализ чувств** - ежедневное написание анализа чувств. Анализ чувств - это выполняемый самостоятельно письменный самоанализ своего эмоционального состояния. Описывается свой день, чувства, которые возникали, мысли связанные с этими чувствами, переживания и эмоциональные трудности, научение отслеживать свои дефекты характера, и проявления старой модели поведения. Ежедневный самоанализ помогает более реально увидеть свое эмоциональное состояние и выразить свои чувства и переживания на бумагу, так же использование в анализе чувств элементов когнитивной психологии позволяет изменить взгляд на происходящее, изменить свое отношение к своим проблемам тем самым проработать свои негативные чувства и эмоции. Написание анализа чувств это возможность получить обратную связь и поддержку, которое выполняется ежедневно.

**Лекция**- устное систематическое и последовательное изложение материала по какой-либо проблеме, методу, теме вопроса и т. д.

**Прогресс за неделю**- определяется как развитие и совершенствование, для которого характерен переход от низших форм к высшим. Оно может быть применимо к какой-либо системе в целом, отдельным ее элементам, структуре развивающегося объекта и противоположно понятию регресса.

**СОП** (стандартная операционная процедура) - это набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

**Интервенция** - это психологическое вмешательство в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений. Отличительной особенностью психологической интервенции является желание изменений со стороны самой личности, ее готовность к сотрудничеству с психологом.

**Правила** – точное определение того, что следует делать в конкретной уникальной ситуации.

**Метод оперантного обусловливания**- основа приучения, которое происходит через повторение с позитивным подкреплением.

**Техники самопомощи** - это забота человека о самом себе и о своем личностном росте, цель научить клиента справляться со своими трудностями, не зависеть от консультанта или кого-то еще, т. е. научиться заботиться о себе самому.

**Подкрепление** - является связью между поведением и последствиями. Любой стимул, который следует за поведением и повышает вероятность его дальнейшего появления. Позитивное подкрепление связано с получением приятного стимула. Негативное подкрепление усиливает поведение тем, что устраняет неприятный стимул.

**Моделирование** - психические явления изучаются на основе приближенного образа реальности.

**Обратная связь**- ответное действие, регулирующая реакция, вызванная возникшей ситуацией. В групповой терапии ведущий часто запрашивает в конце эпизода индивидуальной работы обратную связь от участников группы. Целью может являться получение дополнительной информации, облегчающей протагонисту осознание его проблемы, но чаще всего обратная связь имеет больший смысл непосредственно для участника, который её дает: она поощряет выражение собственных переживаний и готовит почву для его последующей индивидуальной работы как клиента.

**Поощрение надежды**- это вселение надежды, что действительно можно что-то изменить в своей жизненной ситуации. Для большинства участников группы мощным источником надежды являются терапевтические изменения других участников в ходе работы психотерапевтической группы.

**Обучение навыкам поведения** -когнитивное научение: подкрепление – возможность проверить свои представления об окружающей среде. Поведение - как целое, оно имеет свой результат (конечную цель), а способы ее достижения различны. Реакция на условия в соответствии со своими представлениями.

**Конфронтация-1)** в групповой психотерапии противопоставление, столкновение, противостояние мнений, людей или группировок; 2) один из приемов психотерапии: предъявление пациенту или группе обычно неосознаваемых амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки.

**Динамические группы** - совокупность психологических изменений, происходящих в группе за время ее существования. К важнейшим динамическим процессам относятся: образование малых групп, их развитие (включающее этапы образования группы, функционирования, развития, стагнации, регресса, распада), процессы групповой сплоченности (выработка групповых мнений, правил, ценностей, норм), процессы лидерства и руководства, процессы принятия групповых решений, процессы группового давления и влияния людей друг на друга в группе.

**Инсайт** - это состояние, в котором человеку внезапно приходит решение насущной задачи или новое видение ситуации. Такое состояние часто называют озарением и, благодаря ни с чем несравнимому яркому эмоциональному сопровождению, часто относят к области чуда.

**«Отличных» от нас** - в программу реабилитации попадают люди и с поставленными ранее психиатрическими диагнозами (шизофрения, олигофрения и т.д., но находясь в стадии ремиссии). Условно такие резиденты, нуждаются большей терпимости и принятии.

**Духовные ценности** - отношение к морали (отражает отношение к моральным нормам как общественной системе отдельных индивидов) и самоотношение (перенесенное вовнутрь отношения других – принятия другими или отвержения ими) и духовный уровень – отношение к смыслу жизни (отношение к осмыслению жизни, наличие смысло-жизненных убеждений, выявляет круг ценностей, определяющих понятие «жизненного успеха»); отношение к религии (отражает наличие или отсутствие религиозной направленности у индивидов); отношение к идеалу (потребность в наличии или отсутствии значимого идеала для индивида).

**Ролевая модель**-использование понятия ролевой модели – образца для подражания – для обучения, воспитания детей или мотивации человека на социально значимые деяния кажется естественным. А при планировании действий по продвижению, не говоря уже о создании нового продукта, ролевые модели практически не использовались осознанно.

# **ИСКУССТВО БЫТЬ РОДИТЕЛЕМ**

Учебно-методическое пособие

Отпечатано в типографии «Репроцентр А1»  
Г. Иркутск, ул. Александра Невского, 99/2  
Тел. (3952) 540-940  
Тираж 980.