

**Санкт-Петербургская государственная медицинская  
академия им. И.И. Мечникова**

**С.М. Яцышин, В.А. Точилор, А.С. Невский, Ю.П. Новокшонон,  
А.В. Микляева, Л.С. Шпилеия**

**Комплексия медико-психосоциальная реабилитация  
наркозависимых подростков**

**Учебно – методическое пособие**

**2001**

**УДК.615.015.-053.6:614.2(07)**

**Я 943**

**С.М. Яцышин, В.А. Точиллов, А.С. Невский**

**Ю.П. Новокшенов,**

**А.В. Микляева, Л.С. Шпилеия**

## **Содержание**

- I. Введение.**
- II. Философия и принципы программы.**
- III. Цели и задачи программы.**
- IV. Показания и противопоказания к реабилитации.**
- V. Необходимые ресурсы и персонал.**
- VI. Структура программы.**
  - 1. Организация реабилитационной среды.**
  - 2. Медицинский компонент программы.**
  - 3. Психотерапевтический компонент программы.**
    - А. Индивидуальная терапия.**
    - Б. Терапевтическая группа.**
    - В. Тематическая группа.**
    - Г. Семейная терапия.**
  - 4. Образовательный компонент программы.**
  - 5. Воспитательно-педагогический компонент программы.**
  - 6. Социо-адаптивный компонент программы.**
- VII. Этапность программы.**
  - 1. Подготовительный этап.**
  - 2. Адаптивный этап (вхождение в программу).**
  - 3. Основной этап.**
  - 4. Этап подготовки к выходу из программы.**
  - 5. Постреабилитационный этап.**
- VIII. Заключение**
- IX. Приложения.**
- X. Литература.**

## Введение.

В настоящее время в мире насчитывается 52 миллиона человек, систематически злоупотребляющих наркотиками, то есть 1% населения планеты. Быстрыми темпами растет число лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков и на территории России. Масштабы незаконного распространения наркотиков в стране неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения, Об этом убедительно говорят данные статистической отчетности наркологических учреждений, входящих в государственную систему здравоохранения. Можно сказать, что на начало 2000 г. в России было как минимум 6.5-7.0 миллионов потребителей наркотиков и одурманивающих веществ, т.е. около 5% от всей численности 146-миллионного и постоянно убывающего населения. Это один из самых высоких показателей в Европе, как по абсолютным данным, так и по темпам прироста наркозависимых лиц. Государственная Дума в марте 1998 г. во время слушаний по данной проблеме подчеркнула, что наркомания уже реально угрожает потерей генофонда, самому существованию россиян. Особое беспокойство вызывает наблюдающаяся устойчивая тенденция роста распространенности злоупотребления ПАВ среди детей и подростков. За последние 10 лет заболеваемость наркоманией среди детей до 14 лет увеличилась в 24.3 раза, токсикоманией - в 18.7 раз, число лиц, злоупотребляющих наркотиками, увеличилось в 8.9 раз, злоупотребляющих другими ПАВ - в 10.3 раза. По данным медицинской статистики в настоящее время около 40% госпитализаций в детские психиатрические клиники составляют подростки с делинквентными формами поведения в сочетании с наркотизацией и токсикоманией. Общая болезненность подросткового населения, связанная с потреблением ПАВ, возросла за последние 10 лет в 3 раза, болезненность наркоманией - 18.1 раза, токсикоманией - 2.2 раза. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7.5 раза чаще, чем население всех других возрастов, а ненаркотическими ПАВ - в 11.4 раза чаще. Уровень заболеваемости наркоманиями среди подростков в 2 раза выше, а заболеваемости токсикоманиями - в 8 раз выше, чем среди населения в целом. Доля подростков среди злоупотребляющих наркотиками в 1999 г. по сравнению с 1988 г. возросла с 20.8% до 36%, то есть речь идет об "омоложении" контингента потребителей наркотиков. В настоящее время происходит не только активное вовлечение подросткового населения в потребление ПАВ, но и переход значительного числа подростков - потребителей ПАВ - с ненаркотических на наркотические ПАВ и соответственно рост числа больных наркоманией по отношению к больным токсикоманией. Можно утверждать, что в настоящее время 2/3 лиц, приобщающихся к приему ПАВ, предпочитают употреблять именно наркотики. Одновременно наблюдается увеличение числа потребителей "тяжелых" наркотиков с более выраженным наркогенным эффектом (героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда) по отношению к числу потребителей наркотиков растительного происхождения (гашиш, производные опийного мака). В 2000 г. до 75% потребителей ПАВ употребляли наиболее опасный по своим последствиям наркотик - героин. Такую тенденцию следует считать крайне неблагоприятной. По данным НИИ наркологии эффективность лечения больных наркоманиями в различных медицинских учреждениях различна, но в целом оценивается как низкая. В среднем у 5-10 % больных героиновой наркоманией после лечения наблюдаются ремиссии свыше 1 года. Остается высокой повторная

обращаемость больных за стационарной помощью - более 70% больных, поступивших на лечение в течение года, ранее уже лечились стационарно. Аналогичные данные дают и зарубежные исследования. В соответствии с ними наиболее длительный период воздержания от употребления наркотиков достигается при госпитализации больных в клиники со сроком пребывания не менее 6 месяцев (у 30% - ремиссии свыше 1 года). Такие скромные успехи в лечении больных наркоманиями объясняются в значительной степени несоблюдением основных принципов (добровольность, максимальная индивидуальность, комплексность, отказ от употребления ПАВ) и этапов терапии наркологических больных. Большинство существующих в стране клиник, особенно развернутых на базе непрофильных медицинских учреждений, ограничиваются лишь проведением детоксикационных мероприятий, что явно недостаточно для достижения длительных ремиссий заболевания. Необходимы выявление и коррекция основного синдрома комплекса психической зависимости, а также длительный (до 3-х лет) этап социально-реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию больного с формированием устойчивых социальных ориентиров, трудовых навыков и навыков нормативного социального общения и поведения в сочетании с медикаментозной и психотерапевтической коррекцией психического состояния больного. Опыт зарубежной и отечественной медицины показывает, что без применения длительных социо-реабилитационных программ невозможно достичь заметных успехов при лечении наркозависимых больных. Для проведения социо-реабилитационных мероприятий необходимо открытие специализированных реабилитационных центров, поскольку в рамках обычных медицинских учреждений проведение данного вида психотерапевтической коррекции невозможно. В настоящее время ведется активная работа по интегрированию правовых норм оказания наркологической помощи в Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". Организованных лечебно-реабилитационных центров явно недостаточно. Они работают без научно-обоснованных и апробированных для условий нашей страны программ, часто не все программы соответствуют требуемому уровню, многие из них представляют собой заимствования из зарубежного опыта и мало адаптированы к российским условиям. Поэтому создание комплексной программы медико-психо-социальной реабилитации наркозависимых подростков в стационарных условиях представляется крайне актуальным.

Не менее показательные цифры отражены в письме Министерства Здравоохранения РФ № 2510/9949-01-25 от 24.09.01, приводятся сведения о распространенности наркомании и некоторые показатели наркологической помощи в Северо-Западном федеральном округе РФ за 1991-2000гг.

В России общее число больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением, за 10 лет выросло более чем в 8 раз и составило 269064 человек или 185,8 на 100 тыс. населения. В 1999 году этот показатель составлял 144,4 на 100 тыс. населения и за последний год увеличился на 28,6% . В 22-х территориях РФ данный показатель выше среднего по России в 2-2,5 раза. Ни одна из территорий Северо - Западного федерального округа в это число не входит.

*Общее число больных наркоманией, находящихся под диспансерным наблюдением*, в Северо - Западном округе увеличилось в 5 раз за 10 лет и в 2000 году составило 16233 или 112,1 на 100 тыс. населения (по сравнению со средним показателем по России эта величина в 1,6 раза ниже).

*За 10 лет* число больных наркоманией выросло во всех территориях округа. Особенно интенсивно выросло число больных наркоманиями в Мурманской области - в 30 раз, в Вологодской, Ленинградской и Новгородской областях - более, чем в 20 раз. В республике Коми показатель увеличился в 16,5 раз, в республике Карелия - в 9 раз, в Псковской области - в 6 раз, в Архангельской области и Санкт - Петербурге - более, чем в 4 раза, в Калининградской области - в 2,7 раза. Максимальными (превышают средний по округу) являются показатели в Калининградской (177,0 на 100 тыс. нас.), Ленинградской (147,4 на 100 тыс. нас.) и Новгородской областях (141,0 на 100 тыс. нас.). Ни в одной из территорий округа показатель не превышает среднероссийский.

*За последний год* общее число больных наркоманией в округе увеличилось более чем на 35,5%. Тенденция прослеживается во всех территориях округа. При этом темпы прироста числа больных наркоманией являются максимальными в Вологодской и Мурманской областях (в 2,7 и 1,9 раз соответственно).

*Число больных наркоманией, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом (заболеваемость наркоманией)*, за 10 лет выросло более, чем в 10 раз (по РФ - в 13 раз) и составило 5130 чел., или 35,4 на 100 тыс. населения. Темпы роста числа больных с впервые установленным диагнозом в ряде территорий округа очень высоки. Так, в Вологодской и Новгородской областях, этот контингент больных вырос почти в 70 раз, в Мурманской области и республике Коми - почти в 60 раз, в Архангельской и Ленинградской областях - в 30 раз. На этом фоне наиболее спокойной, вероятно, можно считать Калининградскую область, где показатель вырос только в 2,5 раза.

*За последний год* число больных с впервые установленным диагнозом увеличилось в 1,5 раза, (в РФ - в 1,2 раза), наиболее интенсивно в Архангельской, Вологодской, Калининградской и Псковской областях (в 2 - 3 раза). В остальных территориях округа изменения менее интенсивны. *Общее число подростков, больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением*, за 10 лет в округе, как и по России в целом, увеличилось почти в 20 раз и составило 551 чел. (78,0 чел. на каждые 100 тыс. подросткового населения). Изменения в различных территориях округа неравномерны: в Мурманской области показатель вырос в 60 раз, в Ленинградской - в 40 раз, в Вологодской и Новгородской областях - почти в 20 раз, тогда как в Архангельской и Калининградской областях - в 2 - 3 раза.

*За последний год* число состоящих под диспансерным наблюдением подростков, больных наркоманией, в округе выросло в 1,5 раза, тогда как по России в целом - только на 10%. Наибольший рост показателя отмечается в Волгоградской, Псковской, Калининградской областях (в 7,5 - 5,0), в остальных территориях рост показателя не превышает среднюю величину по округу.

*Число больных наркоманией подростков, впервые взятых под диспансерное наблюдение*, составило в 2000 году 402 чел. или 56,9 на 100 тыс. подросткового населения (по сравнению с 1991 годом этот показатель вырос в 15 раз). По России показатель изменился в 17 раз. Особенно интенсивно вырос показатель заболеваемости подростков в городе Санкт - Петербурге - более, чем в 13 раз, а также в Ленинградской и Псковской областях (10 - 13 раз). В ряде территорий округа невозможно оценивать динамику заболеваемости подростков наркоманией за 10 лет, поскольку в 1991 году в республиках Карелия, Коми, Вологодской, Новгородской, Мурманской областях не было под диспансерным наблюдением подростков, больных наркоманией, или регистрировались единичные случаи наркомании у подростков (например, в Архангельской области). В 1994 и даже в 1999 году ситуация сохранялась. В 2000 году обстановка изменилась: во всех территориях округа увеличилось число подростков, больных наркоманией, впервые взятых под диспансерное наблюдение, за исключением города Санкт-Петербурга, где показатель остался стабильным. В целом по округу показатель увеличился в 1,5 раза, в Вологодской области почти в 10 раз, в Псковской области в 6 раз, в остальных территориях - в 1,5 - 2 раза.

*Показатель госпитализации больных наркоманией на 100 тыс. населения с 1995 по 2000 год* в России вырос в 4 раза, в Северо - Западном федеральном округе - в 6 раз. При этом особенно возросло число больных наркоманией, получивших стационарную помощь, в Новгородской, Мурманской, Вологодской, Архангельской областях. Эта тенденция сохранилась и в течение последнего года.

*Обеспеченность наркологическими койками* начала снижаться с 1994 года и за 5 лет изменилась следующим образом: число наркологических коек в РФ уменьшилось почти в два раза, в целом по округу также произошло снижение числа наркологических коек почти в два с половиной раза, особенно уменьшилось абсолютное число коек в Псковской, Архангельской, Новгородской областях. Число коек на 10 тыс. населения почти во всех территориях округа снизилось в 1,5- 2 раза, в Псковской области - почти в 8 раз.

*Амбулаторная наркологическая служба* в округе за 10 лет также изменилась - число наркологических диспансеров уменьшилось с 21 до 16, число наркологических кабинетов - с 169 до 159, но увеличилось число подростковых кабинетов с 20 до 24. В отдельных территориях округа резких изменений в обеспеченности амбулаторной наркологической службой не произошло, но в Санкт- Петербурге, например, отсутствуют подростковые наркологические кабинеты. *Обеспеченность врачами - наркологами* в округе в целом сохраняется в течение последних 10 лет как по абсолютному числу врачей - наркологов, так и по числу врачей - наркологов ( физических лиц ) на 10 тыс. населения ( 0,4 на 10 тыс. нас. и в 1991 году и в 2000 году ) и несколько превышает показатель по РФ, который составил в 2000 году 0,36 на 10 тыс. нас. При этом в некоторых территориях округа - республике Коми, Архангельской, Мурманской, Псковской областях наблюдается некоторое снижение показателя обеспеченности врачами - наркологами на 10 тыс. населения.

Таким образом, динамика основных статистических показателей, характеризующих распространенность наркомании, свидетельствует о росте распространенности наркомании в Северо - Западном федеральном округе за

период времени с 1991 по 2000 год. Лидирующими в округе в 2000 году по числу больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением, являются Калининградская, Ленинградская, Новгородская области, Санкт - Петербург, (в этих территориях показатель превышает среднюю величину по округу); по темпам прироста больных наркоманией - Волгоградская и Мурманская области. Ни в одной из территорий округа показатель не превышает среднероссийский. Отличительной чертой ситуации в округе является высокий темп роста больных наркоманией подростков в последние годы, который равен или приближается к темпу роста соответствующих показателей по РФ в целом. Обеспеченность врачами - наркологами в округе за 10 лет сохранилась, в целом сохранились также основные показатели амбулаторной наркологической службы. В то же время в два с половиной раза в округе снизилась обеспеченность наркологическими койками при резком росте числа госпитализаций больных наркоманией. Эта тенденция характерна и для Российской Федерации в целом и, безусловно, отрицательным образом сказывается на возможности оказания лечебной помощи больным наркоманией.

Специализированная помощь наркологическим больным чаще всего ограничивается проведением детоксикации, купированием абстинентных и психотических расстройств. Недостаточное внимание уделяется обязательной и важнейшей составной части работы с больными – личностной и социальной реабилитации, с чем в значительной мере связана недостаточная эффективность работы наркологической службы, проявляющаяся низким показателем развития у больных стабильной ремиссии. Не реализуются положения Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, предусматривающее обязательное проведение реабилитации для всех нуждающихся в ней больных, независимо от того, каким заболеванием они страдают. Существующие реабилитационные программы для наркозависимых подростков зачастую дублируют программы для пациентов более старшего возраста, и недостаточно учитывают особенности подросткового возраста, в силу организационно-методических и экономических причин, являются краткосрочными, проводятся в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, не давая возможности, таким образом, исключить влияния наркогенной среды. В настоящее время в стране отсутствуют реабилитационные центры для наркозависимых подростков, рассчитанные на длительное (до шести месяцев и более) стационарное пребывание пациента, что негативно сказывается на эффективности всего лечебно-реабилитационного процесса. Практически не развита система оказания социальной помощи направленной на ресоциализацию наркозависимых после проведения реабилитационных мероприятий.

При создании приведенной ниже программы был использован шестилетний опыт работы единственного в Англии стационарного (резидентного) реабилитационного центра для наркозависимых подростков Middlegate Lodge, который был адаптирован к условиям Северо-запада РФ с учетом особенностей организации здравоохранения, образования и социальной помощи.

## **Философия и основные принципы программы.**

Реабилитационная программа представляет собой комплексный способ оказания стационарной помощи, который ориентируется, прежде всего, на создание условий для отказа от употребления ПАВ через личностный рост и ресоциализацию резидентов. Реализация программы требует воздержания от психоактивных веществ, изменяющих сознание (за исключением веществ, употребление которых предписано медиками для специфических медицинских нужд). Эффективность подобных программ доказана практикой работы более чем в 30 странах мира. Продолжительность реабилитационного процесса составляет 6 месяцев.

Философия реабилитационной программы подразумевает под собой признание человеческих и гражданских прав всех людей, включенных в процесс реабилитации, а также четко определенные права, привилегии и ответственность клиентов и персонала. Поддержание структуры поддерживающего сообщества, основывающегося на оптимальном использовании интеграции, доброй воли и гуманизма для всех своих членов, при котором достоинство личности является приоритетно важным, представляет собой важный компонент данной системы.

Основной упор в процессе реабилитации делается на комплексном воздействии на все аспекты и сферы жизни наркозависимых подростков через уход от ценностей наркоманической субкультуры и возврат к ценностям магистральной культуры.

Необходимо учитывать, что лечение в строго клиническом понимании этого термина нацелено на болезнь, ее различные проявления и последствия. Биологические, медицинские методы лечения являются обязательным элементом реабилитационной программы, а успешность их применения необходимым условием для разворачивания личностно-ориентированных программ, решающих задачи социальной реадaptации и реинтеграции резидентов.

Основная идея реабилитационной программы заключается в создании на основе сообщества суррогата семейной системы в качестве помогающей и поддерживающей среды для наркозависимых подростков с соответствующими ценностями, структурой, распределением ролей и обязанностей, ответственным поведением и т.д. Все эти компоненты, становясь нормами проживания в Центре, представляют собой альтернативу субкультуре употребления наркотиков.

В основу реабилитационной программы положен тезис о том, что терапевтическая среда становится реальным средством исправления антисоциального наркоманического поведения и других, связанных с этим характерологических дефицитов. Функционирование совместно с окружением, которое обеспечивает максимум возможностей для физического, духовного, эмоционального и эстетического развития и которое гарантирует безопасность каждого, является залогом успеха реабилитационного процесса. Кроме этого, успех лечения характеризуется степенью отвыкания от состояния симбиоза, единства с членами сообщества и персоналом на завершающих стадиях лечения и в процессе ассимиляции в социуме и создание поддерживающей системы послереабилитационного сопровождения.

Реабилитационная программа построена с акцентом на учет индивидуальных потребностей и нужд наркозависимых подростков. На основе оценки общего физического и психологического состояния клиента составляется индивидуальный план работы совместно с ведущим психологом/психотерапевтом. Кроме этого, программа предполагает групповую



психотерапевтическая работа, программу обучения жизненным навыкам (домоводство, навыки коммуникации, кулинария и т.д.), организацию досуга и другую просоциальную деятельность.

Базовые нормы нахождения резидентов в программе: запрет на употребление ПАВ, сексуальное воздержание, запрет на проявление физической и вербальной агрессии.

Основные методы работы направлены на:

- влияние на поведенческую сферу жизни человека
- влияние на эмоциональную/волевую сферу
- влияние на интеллектуальную/духовно-нравственную сферу
- влияние на профессиональную/образовательную сферу.
- влияние на социальную сферу

Кадровый состав представляет собой мультидисциплинарную команду, состоящую из дипломированных специалистов в области подростковой психологии, психотерапии, медицины, педагогики и социальной работы.

Важной составляющей программы является работа с реальной семьей клиента. Поэтапная семейная программа позволяет каждой семье пройти курс обучения, накопить достаточный объем сведений по проблеме. Программа также предусматривает проведение терапии в каждом доме, изучение положительных сторон, потребностей и специфических проблем конкретной семьи и, в конечном счете, внедрение новых стратегий семейного успеха.

Кроме этого, программа уделяет особое внимание образовательной сфере, а также формированию предпрофессиональных и профессиональных навыков в контексте процесса ресоциализации.

### **Основные принципы реабилитации.**

#### **Низкая мотивация к лечению не является барьером при реабилитации.**

Часто предполагается, что успешный процесс реабилитации зависит от того, насколько резидент был мотивирован на лечение до его поступления в реабилитационный центр, и насколько его решение прекратить употребление наркотиков является добровольным. Однако в действительности, по данным исследований, результаты лечения не связаны с долечным уровнем мотивации, и вмешательство и давление со стороны семьи, работодателей, и правоохранительной системы и т.д. могут существенно повысить эффективность лечения. Мотивация на лечение и воздержание от употребления наркотиков создается в процессе реабилитации, и нет существенной необходимости ограничивать доступность реабилитации для подростков с изначально низким уровнем мотивации.

#### **В процессе реабилитации возможны срывы.**

Степень и сила зависимости от наркотиков часто описывается как «условие срыва». Множество наркозависимых, возможно даже большинство, начинают употреблять наркотики после завершения процесса лечения и реабилитации. Однако количество предыдущих неуспешных попыток лечения не должно быть препятствием для поступления в Центр. Часто наркозависимые проходят через множество попыток неэффективного лечения, прежде чем полностью преодолеют свою зависимость от наркотиков.

**Подход к реабилитации должен опираться на индивидуальность каждого клиента и отражать ожидания и представления резидентов.**

Программа и процесс реабилитации должны учитывать личные особенности и индивидуальность каждого резидента. Каждый клиент имеет право на достоинство, уважение, здоровье и безопасность в течение всего времени пребывания в Центре. План лечения должен быть адресован к индивидуальным особенностям, ожиданиям и нуждам резидентов, опираясь на их четкую предварительную оценку. Потребности клиентов могут меняться в процессе реабилитации, соответственно, индивидуальный план лечения должен предполагать гибкость и возможность внесения изменений.

**Процесс реабилитации должен поддерживать и повышать мотивацию и ответственность клиентов.**

Большинство неудачных попыток реабилитации наркозависимых связаны с тем, что они не способны самостоятельно удовлетворять свои потребности и нужды. Кроме этого, часть резидентов может иметь низкий потенциал возможных изменений. Поддержание мотивации и ответственности резидентов должно находиться в центре внимания реабилитационной программы и реализуется через участие резидентов во всех составляющих программы в условиях терапевтической среды.

**Процесс реабилитации должен быть адресован к изменению деструктивных отношений и убеждений клиентов.**

Большинство наркозависимых имеют деструктивные отношения и установки и, если не прилагать усилий по их изменению, маловероятно, то процесс реабилитации принесет успех. В качестве примера можно привести следующие убеждения: «Мне надо употреблять наркотики, чтобы быть живым», «Без наркотиков я не смогу получать удовольствие» и т.д. Усилия персонала Центра должны быть направлены на преодоление проблемных отношений и убеждений резидентов в атмосфере уважения и заботы через формирование у резидентов позитивного опыта решения внутри- и межличностных проблем.

**Проработка проблемных ситуаций является важной составляющей программы реабилитации.**

Тренинги и специальные групповые занятия по проработке и преодолению проблемных отношений и конкретных ситуаций, которые могут послужить причиной срыва, значительно повышают конечную эффективность процесса реабилитации. Исследование того, как резидент может взаимодействовать и отвечать на воздействие факторов риска окружающей среды, не прибегая к помощи наркотиков, способствует минимизации возможных срывов.

**Процесс реабилитации должен быть адресован к различным сферам жизни человека.**

Реабилитация должна затрагивать не столько непосредственно проблемы, связанные со злоупотреблением наркотиками, сколько соматические, психические, психологические, социальные, образовательные и профессиональные стороны жизни резидента. Полная оценка состояния клиента включает в себя комплексное исследование всех перечисленных сфер, и этапы выздоровления должны включать в себя работу по идентификации и решению проблем, возникающих в разных областях жизни резидента.

**Включение в систему реабилитационных мероприятий родителей и значимого окружения резидентов.**

В процессе реабилитации несовершеннолетних важным элементом является работа с семьей и ближайшим окружением. Наркотизация часто является следствием деструктивных отношений в семейной системе и ближайшем окружении. В семьях детей, экспериментирующих с наркотиками или принимающих их, развиваются специфические внутрисемейные отношения, которые необходимо учитывать, и с которыми необходима постоянная коррекционная работа при системном воздействии на личность ребенка с наркотическими проблемами.

**Внимание к сопутствующим психиатрическим диагнозам.**

Сопутствующие психические заболевания – распространенное явление среди потребителей наркотиков. Предварительная комплексная оценка должна включать в себя обследование психиатра. В дальнейшем программа реабилитации фокусируется и на проблеме зависимости от наркотиков, и на проблемах психического здоровья.

**Поддерживающий, неконфронтационный стиль программы реабилитации является наиболее продуктивным.**

В прошлом большинство программ лечения ориентировалось на конфронтационный стиль работы. Однако исследования показывают, что такой стиль работы дает более низкие результаты по сравнению с программами, ориентированными на создание поддерживающей среды с опорой на индивидуальность клиента.

**Важным элементом реабилитационной программы является системность и этапность реабилитационных мероприятий.**

Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц.

Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре. Кроме этого, процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и его закономерной динамики.

**Позитивная направленность реабилитационных мероприятий.**

Позитивно – ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно – ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо постоянных конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у несовершеннолетних вырабатывается позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие.

**Обязательства, ответственность клиента, а также нормы и принципы нахождения в Центре должны быть четко определены и структурированы.**

Четкие обязательства резидентов связаны с высокой эффективностью и позитивными результатами процесса реабилитации. Факторами, влияющими на

формирование ответственности в отношении обязательств и норм, в Центре выступают: четкий, совместно с резидентом разработанный план лечения, позитивные отношения между клиентами и персоналом, уверенность резидента в необходимости и качестве оказываемой помощи, определенные границы ответственности и обязательств клиентов и персонала и т.д.

### **Конфиденциальность**

Все участники реабилитационного процесса должны уважать право подростка на неразглашение информации об его участии в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с разрешения самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

### **Длительность процесса реабилитации должна быть оптимально спланированной.**

Чем дольше длится реабилитационная программа, тем это более эффективно для отсроченного результата. Если длительность реабилитационного процесса составляет менее 90 дней, то можно говорить о низких показателях эффективности. Тем не менее, даже короткая терапевтическая интервенция способна быть успешной, особенно при высоком уровне реабилитационного потенциала клиента. Соответственно, наиболее эффективной и в лечебном, и в финансовом аспекте является интенсивная программа, рассчитанная в среднем на 6 месяцев с обязательной программой амбулаторного сопровождения.

### **В равной степени являются важными как структурированная программа пребывания в Центре, так и условия жизнедеятельности резидентов.**

Структурированная программа пребывания в Центре может быть предельно эффективной и удовлетворять требованиям процесса реабилитации. Однако не меньшее значение имеют условия жизни в Центре. Особенно это важно для следующих групп резидентов: бездомных, подростков с тяжелой семейной ситуацией, социально дезадаптированных подростков, резидентов с медицинскими, психологическими проблемами и двойным диагнозом.

### **Персонал Центра является ключевым звеном процесса реабилитации.**

Персонал занимает центральное место в контексте успешности реабилитации. Персонал должен быть хорошо обученным и подготовленным, уверенным в необходимости своей работы, иметь постоянную супервизорскую поддержку, быть эмпатическим по отношению к клиентам. Практика показывает, что эффективность реабилитационной программы выше, если персонал не имел в прошлом проблем со злоупотреблением психоактивными веществами. Особенно это касается работы с подростками. Однако в некоторых случаях возможны исключения.

### **Система послереабилитационного сопровождения позволяет значительно улучшить результаты реабилитации.**

Интенсивное лечение в реабилитационном центре должно сочетаться с группами самопомощи и профессиональной и образовательной поддержки резидентов по завершению этапа стационарного лечения. Без организации системы такой поддержки реабилитация имеет ограниченный эффект.

### **Медикаментозная поддержка клиентов.**

Доказано, что сочетание психотерапевтической и других видов помощи с медикаментозной поддержкой клиентов приводит к значительному улучшению результатов реабилитации. Особенно это касается проблем, связанных с постановкой двойного диагноза.

### **Важным элементом реабилитации является создание четкой организационной системы.**

В реабилитационном центре важно иметь четкие организационные стандарты. В случае их отсутствия результативность реабилитации резко снижается вне зависимости от того, насколько квалифицированный персонал работает в Центре и насколько хорошо разработана программа реабилитации.

## **Цель и задачи программы реабилитации.**

Цель программы реабилитации – восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса резидентов на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

Задачи программы:

- Формирование мотивации на окончательный отказ от употребления ПАВ несовершеннолетними
- Коррекция и создание условий для развития личности несовершеннолетнего через обеспечение позитивного личностного развития и приобретения социальной компетентности путем функционирования в условиях реабилитационной среды.
- Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на устранение патологического влечения к употреблению ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение срывов и рецидивов.
- Создание реабилитационной среды, лояльной по отношению к резиденту и соответствующей его потребностям, способствующей успешной адаптации и ресоциализации резидента в условиях социума.
- Осуществление воспитательной и образовательной деятельности на всех этапах реабилитации с учетом индивидуальных и возрастных особенностей резидентов.
- Повышение уровня социального функционирования резидентов, формирование или восстановление системы позитивных семейных, средовых связей.
- Формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, правовой защиты и обеспечение социальной поддержки несовершеннолетнего.

## **Показания и противопоказания к реабилитации подростка в реабилитационном центре со стационарным пребыванием.**

Согласно «Концептуальным основам реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами» Министерства образования РФ показания и противопоказания к реабилитации подростка в реабилитационном центре со стационарным пребыванием основываются на определении уровня реабилитационного потенциала.

**Реабилитационный потенциал** (далее - РП) - это совокупность физических, психических, социальных, духовных возможностей детей и подростков 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. Основные составляющие РП могут быть условно разделены на *четыре блока*.

1. информация о пациенте от рождения до начала употребления ПАВ,
2. клинические особенности злоупотребления ПАВ;
3. особенности социального статуса и социальных последствий употребления ПАВ;
4. личностные особенности реабилитируемого ребенка или подростка.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП, дети и подростки могут быть разделены на три группы: реабилитируемые с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала.

**Уровень РП** - это определения, включающие оценку всех этапов формирования зависимости и развития личности, от преморбидных особенностей и индивидуальной predisпозиции, до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса реабилитируемого. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию ребенка или подростка. Это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии формирования зависимости от ПАВ и социального функционирования реабилитируемого, меняющаяся пропорционально интенсивности и долгосрочности реабилитационного процесса. РП несовершеннолетних не остается на постоянном уровне, он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления ими той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление ПАВ.

**Высокий уровень реабилитационного потенциала.** Для детей и подростков с высоким уровнем РП характерно (*1-й блок*) отсутствие наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативное психическое и физическое развитие, хорошие или удовлетворительные условия воспитания.

Клинические особенности злоупотребления ПАВ (*2-й блок*) проявляются непродолжительностью заболевания (до 1 года), преимущественно интраназальным и пероральным способом употребления ПАВ, периодической формой влечения к ПАВ, мононаркоманией, отсутствием передозировок ПАВ и суицидальных тенденций, относительно поздним началом употребления ПАВ. Постабстинентные расстройства не выражены или проявляются в виде кратковременной астенической симптоматики. Чаще всего (71%) отсутствуют

соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретенные в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, ЗППП, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохраняется, выявляется достаточно аргументированное желание избавиться от пристрастия к ПАВ. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста (Б-мотивы по А. Маслоу), т.е. желания учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать общественные морально-этические принципы и т.д. Как правило, у этого контингента детей и подростков наблюдаются спонтанные или стойкие терапевтические ремиссии.

Социальный статус (*3-й блок*) характеризуется достаточной устойчивостью в основном нормализованных семейных отношений (конфликты, как правило, носят ситуационный характер), вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием судимости или вовлеченности в криминальные структуры. Случаи воровства и проявлений лживости, как правило, редкие. Такие несовершеннолетние быстро признаются в своих проступках, раскаиваются, просят прощения, дают слово впредь их не совершать. Их родственники активно противодействуют употреблению ПАВ, разрушают их связи с лицами, употребляющими ПАВ, охотно контактируют с врачами и психологами по вопросам реабилитации.

Изменения личности у потребляющих ПАВ несовершеннолетних, обладающих высоким реабилитационным потенциалом (*4-й блок*), не носят выраженных стойких нарушений. Морально-этические отклонения проявляются в периоды обострения влечения к ПАВ или при рецидивах заболевания, что может свидетельствовать о функциональном характере таких нарушений. Интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют.

**Средний уровень реабилитационного потенциала.** У детей и подростков со средним уровнем РП в преморбиде (*1-й блок*) может определяться наследственная отягощенность по прямой или восходящей линии родителей. Воспитание осуществлялось нередко (41%) в неполной семье; материальное положение семьи среднее или плохое; интерперсональные отношения членов семьи часто (58%) неровные. Могут отмечаться (53%) задержки физического или психического развития, девиантность поведения, нарушения сексуальной сферы, легкая внушаемость и прочее.

Клинические особенности злоупотребления ПАВ (*2-й блок*) проявляются продолжительностью заболевания (от 1 года до 3 лет), преимущественно внутривенным введением ПАВ, параллельным злоупотреблением другими ПАВ. Наряду с периодическим видом влечения к ПАВ, часто наблюдается и постоянное влечение. Постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую (до 2-х месяцев) клиническую выраженность. Терапевтические ремиссии непродолжительны (1-3 недели). Спонтанные ремиссии если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые. У этого контингента часто (61%) отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда (4%) и зависимость от него. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период употребления ПАВ. Из приобретенных психопатологических нарушений отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром (31,5%). Мотивация на участие в



реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов (Д-мотивы по А. Маслоу) - это желание избавиться от болезненных проявлений синдрома отмены (а не от ПАВ), получить поддержку, улучшить отношения с родителями ил другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

Социальные особенности (3-й блок) проявляются в постоянных, а порой и неразрешимых конфликтных отношениях с родителями. Эти несовершеннолетние отличаются трудно корригируемым поведением, выражающимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой с замкнутостью, мотивационной неустойчивостью и т.п. Обычно несовершеннолетние со средним уровнем РП плохо учатся, нередко прогуливают занятия, имеют проблемы с правоохранительными органами. Профессиональные навыки и "умение" учиться зачастую утрачиваются, отношение к труду в основном безразлично-пассивное.

Личностные особенности (4-й блок) характеризуются морально-этическим снижением средней тяжести. Преобладают эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность и пр. Вместе с тем, такие несовершеннолетние стремятся произвести хорошее впечатление на людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление ПАВ. В своей же семье, особенно в присутствии беззащитной матери, они отличаются цинизмом, неуступчивостью, агрессивностью, не контролируют свои эмоции, способны к разрушительным действиям. Как правило (100%) ворует деньги и ценности из дома, делают долги, скрываются от своих кредиторов. Им присущи непостоянство интересов, частая перемена мест работы, неуклонное снижение профессионального уровня. Этому контингенту трудно быть ответственными за свое поведение, трудно принять лично значимое решение, не связанное с ПАВ и реализовать его. У большинства из них формируется социофобический синдром. Такие несовершеннолетние убеждены в том (и испытывают от этого позитивные эмоции), что наркотическая среда примет их такими, каковы они есть, не потребует от них особого поведения, проявит солидарность. Большинство из них уже не верит в свою способность хорошо учиться, заниматься спортом, добиться признания и уважения в нормативных (т.е. ненаркотических) микросредах - в школе, в семье, среди друзей. Мощное влечение к ПАВ и ощущение комфорта в среде их употребления разрушают все благие намерения.

Таким образом, для потребляющих ПАВ несовершеннолетних, обладающих средним уровнем РП характерно: развернутая стадия заболевания, значительные нарушения социального статуса, морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение. Морально-этические отклонения приобретают собственную автономию, вырабатывается стойкая негативная ценностная ориентация. Постепенно утрачивается тесная связь личностных морально-этических нарушений с патологическим влечением к ПАВ.

Описанные расстройства, касающиеся когнитивной сферы, поведения и социофобий, при длительном воздержании от наркотиков могут приобретать транзиторный характер, что позволяет надеяться на эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Низкий уровень реабилитационного потенциала.** При низком уровне РП у 60% несовершеннолетних злоупотребляющих ПАВ выявляется (1-й блок) отягощенная наследственность наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников. Большинство из них воспитывалось в дисфункциональных семьях, нередко в условиях

гиперопеки со стороны родителей или разведенной матери. Чаще отмечаются: инфантилизм, невротическое или патохарактерологическое развитие личности, девиантное и делинквентное поведение. Круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый.

Среди клинических особенностей (2-й блок) преобладают: продолжительность заболевания более 3-х лет; преимущественно внутривенный способ введения ПАВ; отмечается параллельное употребление другими ПАВ (гашиш, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.). Вид влечения к наркотикам - постоянный. Продолжительность постабстинентных расстройств до 2-3 месяцев. Часто имеют место суицидальные мысли и действия. Спонтанные ремиссии отсутствуют. У подавляющего большинства диагностируются гепатиты, ЗППП, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное, девиантное и делинквентное поведение), социофобия.

Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания.

Социальные особенности (3-й блок) характеризуются постоянно конфликтными или неразрешимо конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности, что часто приводит к прекращению каких-либо отношений если не с двумя родителями, то с одним из них (обычно с отцом). Круг социальных интересов узкий, нередко судимости. Родители таких несовершеннолетних зачастую становятся индифферентными по отношению к своим детям и не скрывают своего желания избавиться от них. В таких случаях обеспечить контроль со стороны семьи весьма сложно и проблематично.

Личностные особенности (4-й блок) характеризуются выраженным морально-этическим и интеллектуально-мнестическим снижением, а также грубыми аффективными нарушениями. Образуется своеобразный наркоманический дефект шизоидного, психопатоподобного или психоорганического типа. Большинство вышеописанных нарушений приобретает стабильность. Только очень продолжительные лечебно-реабилитационные мероприятия способны уменьшить их выраженность и в определенной мере придать им транзиторный характер.

Уровень РП позволяет дифференцировано и оптимально, использовать потенциальные возможности ребенка или подростка и реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий. Дифференциация детей и подростков, употребляющих ПАВ по уровням РП - высокий, средний, низкий, - позволяет разделить потоки реабилитируемых с учетом тяжести зависимости от ПАВ и медико-социальных последствий наркотизации, обосновать их направление в то или иное реабилитационное учреждение, а также определить продолжительность и объем необходимых реабилитационных мероприятий.

Дети и подростки с высоким уровнем РП сразу же привлекаются к работе или учебе, к занятию спортом, к участию в кружках по интересам. Кроме того, для этих реабилитируемых могут быть использованы такие виды реабилитационных технологий как все виды арт-терапии, бьюти-терапия, организованный досуг.

Несовершеннолетним со средним и низким уровнем РП вышеуказанные технологии назначаются в неполном объеме (исключаются танцы, драмотерапия,

аэробика, культ- и турпоходы), в частности, из арт-терапевтических технологий - рисование, лепка, аудио- и видеомероприятия; а из технологий организованного досуга - прогулки, выполнение посильного домашнего задания, чтение книг и пр. В первые полтора - два месяца необходимо уменьшить интенсивность физических, интеллектуальных и эмоциональных нагрузок у данного контингента.

Для детей и подростков со средним и низким уровнем РП, реализация психотерапевтической программы и психокоррекция, как правило, затягивается на долгие месяцы.

**Противопоказания:**

- Наркотическая, алкогольная или иная интоксикация.
- Абстинентный синдром наркотического, токсикоманического или алкогольного происхождения.
- Психотические состояния с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями.
- Выраженный суицидальный риск.
- Расстройства адаптации с преобладанием нарушений поведения (выраженное агрессивное или диссоциальное поведение).
- Наличие олигофрении или деменции любой степени тяжести.
- Сопутствующие тяжелые соматические заболевания, требующие специального обследования и лечения.

## Необходимые ресурсы и персонал

В течение процесса реабилитации чрезвычайно важно сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь несовершеннолетним решать проблемы медицинского, психологического и социального характера, связанные со злоупотреблением ПАВ. Персонал Центра - прежде всего функциональная система, для которой подростки, зависимые от ПАВ, и члены их семей являются системообразующим фактором. Коллектив Центра (педагоги, врач, психологи, воспитатели, социальный работник) обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и подготавливать почву для постепенного перехода реабилитируемых несовершеннолетних лиц от медико-психологического к социальному этапу реабилитации.

### **Персонал Центра из расчета на 15-20 клиентов:**

- Директор
- **Образовательный отдел:**
- 2-3 педагога
- Мастер по труду
- **Медицинский отдел:**
- Врач – психиатр – нарколог
- Медицинская сестра
- **Терапевтический отдел:**
- 3 психолога (психотерапевта)
- 8 воспитателей (из расчета 2 воспитателя в дневную и 2 воспитателя в ночную смену)
- социальный работник
- **Административно-хозяйственный отдел:**
- Бухгалтер
- Повар
- Завхоз

Персонал выступает в качестве моделей для подростков - реабилитантов. Обращение к несовершеннолетним с позиций нормативной ролевой модели активизирует соответствующие сферы личности и побуждает к ответственному поведению.

**Директор** Центра осуществляет общее руководство и координацию программы реабилитации, решает организационные вопросы, отвечает за кадровое обеспечение Центра, несет полную финансовую и юридическую ответственность.

**Врач-психиатр-нарколог**, выполняя свои функциональные обязанности, прежде всего, устанавливает диагноз и определяет общее состояние здоровья несовершеннолетнего. При этом он обращает внимание персонала на уровень реабилитационного потенциала, тяжесть клинических нарушений и личностных изменений. Кроме этого, в его обязанности входит постоянное медицинское освидетельствование и выдача соответствующих медицинских рекомендаций по выбору оптимальной программы медикаментозной и психотерапевтической помощи клиентам Центра.

**Медицинская сестра** в соответствии с предписаниями врача осуществляет медицинские процедуры и проводит курс лечебной физкультуры, аутотренинга, массажа и т.д.

**Педагог** в реабилитационном учреждении в основном организует обучение и реализует образовательную программу несовершеннолетних по системе экстерната. В задачу педагогов входит подготовка клиентов к сдаче образовательных стандартов несовершеннолетними в соответствии с их образовательным уровнем на базе местного образовательного учреждения. Основная цель процесса обучения заключается в создании и повышении уровня мотивации к получению новых знаний и обретению уверенности в себе несовершеннолетними в контексте образовательной деятельности. Мастер по труду обеспечивает процесс обучения первичным трудовым навыкам и трудотерапию.

В своей деятельности **психолог и социальный работник** подчинены общей психолого-педагогической и социальной реабилитационной программе. Вместе с тем, они сохраняют свою автономию и приоритеты в контексте профессиональной компетентности при решении вопросов, касающихся детско-подростковой психологической и социально-педагогической реабилитационной работы.

**Психолог** обращает внимание на личностные особенности ребенка и принимает меры по оказанию консультативной, психокоррекционной и реабилитационной помощи, определяет факторы, стимулирующие личностный рост или препятствующие формированию позитивных личностных качеств. Психолог осуществляет психодиагностику, психокоррекцию и реабилитационную помощь, используя необходимые психолого-психотерапевтические подходы и методы с учетом личностных особенностей детей и подростков, а также их окружения. В задачи штата психологов входит проведение индивидуальной и групповой работы с реабилитантами и их семьями. За каждым психологом закрепляется 5 клиентов, с которыми ведется соответствующая индивидуальная работа в контексте разработанного персонального плана лечения.

**Социальный работник** определяет уровень педагогической и социальной запущенности несовершеннолетних и обеспечивает их коммуникабельную и социально значимую связь с окружающим миром. В его сферу обязанностей входит изучение и установление контактов с социально-значимым окружением подростка (семья, друзья) и важнейшими социальными институтами (школа, органы социальной помощи, юридические службы).

За каждым **воспитателем** закрепляется двое несовершеннолетних, включенных в программу реабилитации. Воспитатели постоянно находятся совместно с детьми, осуществляя функции контроля, организации досуга внутри и вне реабилитационного центра, соблюдение режимных моментов. Это наиболее близкие несовершеннолетним в эмоциональном плане люди. На воспитателей Центра ложится задача осуществления позитивного развития личности на основе реабилитационных программ. Основой результата воспитательной психокоррекционной работы является формирование личности подростка с устойчивыми социально положительными установками. Этот общий результат ставит сложную задачу осмысления особенностей становления и формирования новых социально позитивных психологических новообразований у детей и подростков, проходящих курс реабилитации с учетом их возраста, индивидуального личностного своеобразия. Это становится возможным в результате использования в реабилитационной программе не только

психологических методик, но и индивидуальных и общих стимуляций, поощрений, индивидуализации учебного процесса и эмоционально насыщенного производительного труда.

Помещения для реабилитационного центра и его оборудование должны соответствовать СНиПам и санитарно-гигиеническим нормам для лечебно-профилактических подростковых и учебных учреждений. Размещение резидентов предпочтительнее в одно-двух местных комнатах.

## **Структура программы.**

### **Организация реабилитационной среды.**

Создание терапевтической среды по типу суррогатной семейной системы является приоритетной задачей реабилитационной программы. Длительный отрыв от болезнетворных общественных и микросоциальных отношений, погружение в искусственно созданную, простую и реальную среду создает возможности резидентам для внутреннего роста, появления самоуважения и приобретения необходимых социальных навыков. Целебным фактором реабилитации является то, что клиент попадает в атмосферу, которая способна вовлечь его в поток общей деятельности, вернуть в реальность и дать ему смысл, любовь и заботу. Интенсивные, терапевтически концентрированные условия реабилитационной среды должны реагировать на каждое, даже внутреннее, движение пациента, изменять и развивать его.

Обеспечение постоянной занятости несовершеннолетних реабилитируемых – основополагающий принцип реабилитации. Длительное применение социально-позитивных форм активности препятствует патологическому функционированию, содействует развитию личности и достижению социальной зрелости. Структурирование времени и обеспечение организованной занятости (до 14 часов в сутки) достигается через терапевтические занятия, самообслуживание, труд, обучение и досуг.

Выделяются следующие группы факторов, влияющие на личность резидента в контексте терапии суррогатной семейной средой:

- социальная микросреда сообщества, в которой происходит приобщение резидентов к социально приемлемым ценностям и ролям магистральной культуры;
- внутренняя и внешняя деятельность сообщества, в том числе трудовая, досуговая, педагогическая, терапевтическая составляющие, являющиеся инструментом социализации резидента и формой его приобщения к здоровой жизнедеятельности;
- воспитательная деятельность, комплекс целенаправленных педагогических воздействий.

Тяжесть, выраженность, длительность воздержания от употребления наркотиков у одного и того же резидента зависит от внешних условий, ситуации, поведения окружающих. В связи с этим наиболее эффективным является организация процесса реабилитации в отдельном закрытом реабилитационном центре с упором на создание комплексной терапевтической программы.

### **Роль персонала в создании и поддержании терапевтической среды.**

В состав персонала РЦ входит 21-22 человека (воспитатели, учителя, социальный работник, психологи, медицинский персонал). При подборе кадров необходимо стремиться находить людей с личностными различиями (активный - спокойный и т.д.), способными демонстрировать различные модели поведения. Базой терапевтического процесса является совместно проживаемый опыт персонала и резидентов, где отношения между персоналом и резидентами строятся по типу родительско-детских, а непосредственно между резидентами по типу братско-сестринских. Профессиональные и личные качества сотрудников центра должны соответствовать требованиям, которые предъявляются им с точки зрения той родительской роли, которую персонал будет играть в программе.

Соответственно, персонал, находясь с резидентами 24 часа в сутки, должен выполнять следующие «семейные» функции:

- функцию трансляции духовного наследия;
- эмоциональную функцию;
- функцию психологического комфорта;
- функции первичного социального контроля;
- функцию трансляции ролевого поведения;
- регулятивную функцию.

Основная требование к персоналу – это вера в эффективность и необходимость проводимой работы. Воспитатели и остальной персонал, используя личные качества и профессиональные навыки и умения, создают терапевтическую среду, вовлекают в процесс функционирования резидентов и обучают их поддержанию этой среды. Кроме этого, качества персонала должны сочетать четыре составляющие, выдержанные в гуманистическом духе:

- интеллектуальность – достаточно высокие умственные способности, проницательность, рассудительность, свободомыслие, аналитические способности;
- социальность – предпочтение работы с людьми, понимание других, стремление к социальному признанию и одобрению, общительность, великодушные к людям, корректность, отзывчивость, альтруизм, чувство долга и ответственности, организаторские способности и т.д.;
- эмоциональная стабильность – эмоциональная устойчивость, выдержанность, способность к проявлению теплоты и заботы во взаимоотношениях, эмоциональное соучастие, способность к эмпатии;
- практичность - высокая скорость решения практических вопросов, способность подчинять интересы личности групповым интересам, энергичность, оптимизм и т.д.

Кроме этого, важно, чтобы потенциальный претендент, помимо прямых функциональных обязанностей (например, психолога), имел возможность делать что-либо еще, например - владел навыками игры на музыкальных инструментах, театральным искусством, знал культуру и историю местности и т.д. Профессионализм и социальная ориентированность персонала обеспечивают успех.

Стиль общения в сообществе предпочтителен демократический, предполагающий сотрудничество, взаимопомощь, развитую культуру чувств и эмоций, а также подлинное и полное равноправие всех участников программы.

Персоналу центра необходимо стремиться к созданию и поддержанию авторитета во взаимоотношениях с резидентами, который складывается из частоты и качества контактов с резидентами, информированности о делах других, степени понимания и уровня решения проблемных вопросов резидентов, активности в самосовершенствовании и совершенствовании окружающей действительности. Авторитет персонала опирается на эрудицию, компетенцию, опыт, знания и успешность в деятельности.

В качестве этического кодекса персонала в программе используется этический кодекс, принятый Европейской Ассоциацией Терапевтических Сообществ.



### **Этический кодекс персонала терапевтического сообщества.**

Первичная обязанность всего персонала – гарантировать качество предлагаемых услуг для излечения клиентов. Взаимоотношения между персоналом и клиентами – это особые отношения, и существенно, чтобы персонал был зрелым и имел возможность нести возложенную на него ответственность.

Весь персонал должен понимать, что он является частью профессии, которая должна внимательно следить как за собственной деятельностью, так и за деятельностью клиентов.

Персонал по отношению к клиентам должен:

1. Сопровождать их к зрелым и позитивным ролевым моделям.
2. Сохранять всю информацию о клиенте в строжайшей тайне в соответствии со всеми существующими законами и нормами.
3. Обеспечить всех клиентов «Биллем о правах клиента» и быть уверенным в том, что все аспекты поняты и приняты как остальным персоналом, так и клиентами.
4. Уважать всех клиентов через равные, не карательные и профессиональные отношения с ними.
5. Оказывать услуги вне зависимости от пола, расы, вероучения, религии, национальности, сексуальных предпочтений, возраста, дееспособности, политических предпочтений, предыдущего криминального опыта, финансового положения, уважая позицию резидентов в случае особых обстоятельств.
6. Признавать, что в интересах клиента он может быть направлен в другую службу или к другим специалистам.
7. Запрещать сексуальные отношения любого рода для всех клиентов.
8. Возмещать адекватно любую работу, сделанную клиентом для персонала.
9. Пресекать любую эксплуатацию клиента для личных целей.

Все участники реабилитационной программы обладают правами, которые представлены в Билле о правах.

### **Билль о правах для членов и клиентов терапевтического сообщества.**

Все члены и клиенты программы реабилитации имеют абсолютное право на следующее:

1. Поддержку окружения, свободного от наркотиков.
2. Лечение безотносительно пола, расы, национальности, вероисповедания, политических предпочтений, сексуальных ориентаций, криминального прошлого и социального статуса.
3. Достоинство, уважение, здоровье и безопасность в течение всего времени пребывания в реабилитационной программе.
4. Информацию о философии программы и методах.
5. Информацию о существующих правилах и регуляторах программы, таких как санкции, дисциплинарные взыскания, изменения в правах.
6. В соответствии с Уставом, регулирующим разрешение споров и жалоб, разрешать спорные вопросы с администрацией обо всех правилах, регуляторах, санкциях, дисциплинарных мерах и изменениях прав.

7. Определение всех предписанных взносов и оплат, способах и графике оплаты и доступности финансов и собственности персонала в течение программы и после ее окончания.
8. Конфиденциальность информации об участии в программе и обо всех записях, связанных с лечением, в соответствии с законами местности.
9. Контролировать личные записи, ведущиеся по Уставу, и использовать математические процедуры для прояснения записанной информации.
10. Выходить из программы в любое время без физического и психологического беспокойства.
11. Личные контакты с родственниками и друзьями посредством разрешения и в соответствии с правилами программы, исключая запреты в соответствующей части лечебного плана.
12. Защиту от реального или угрожающего физического наказания, от физического, эмоционального и сексуального злоупотребления и от недобровольного физического ограничения.
13. Обеспечение здоровой пищей, безопасностью и нормальным жильем, физическими занятиями и удовлетворение нормальных гигиенических нужд.
14. Медицинская помощь от квалифицированных практикующих медиков и право отказаться от предложенной медицинской помощи.
15. Доступность совета или представления по мере необходимости.
16. Постоянные контакты с детьми членов программы.
17. Четкое определение ответственности при работе в качестве члена персонала совместно с соответствующей подготовкой, поддержкой персонала и супервизией (включая оценку и обратную связь), без эксплуатации и право прояснять позиции без дискриминации.
18. Сопровождение и поддержку при завершении программы по любым причинам через другие службы помощи.
19. Свободу от эксплуатации (включая семью и родителей) с целью получения выгоды персоналом или службой помощи.

**Для нормального функционирования реабилитационной программы необходимы четкая определенность и непротиворечивость прав и обязанностей участников программы. Основные законы пребывания в реабилитационном центре:**

- абсолютное воздержание от наркотиков и психоактивных веществ;
- запрет на любую физическую и вербальную агрессию;
- сексуальная абстиненция;
- соблюдение распорядка дня и режимных моментов;
- закон вежливости и добропорядочности;
- закон территории.

Кроме данных законов существует дополнительные правила и нормы, регулирующие жизнь сообщества. Эти нормы приведены в разделе «Воспитательный компонент реабилитационной программы». Помимо этого, сообщество в процессе реализации реабилитационной программы разрабатывает свой дополнительный кодекс норм и законов.

**В случае нарушения правил и норм пребывания в реабилитационном центре к резидентам могут быть применены следующие меры взыскания:**

- Устное предупреждение.

- **Строгое предупреждение с заменой участия в досуговых мероприятиях на трудовые.**
- **Строгое предупреждение с занесением в журнал замечаний и испытательным сроком.**
- **Разбор поведения резидента на общем собрании персонала и резидентов.**
- **Исключение из реабилитационной программы.**

#### **Расписание деятельности реабилитационного центра.**

Расписание деятельности реабилитационного центра представлено на циклограмме (Приложение № 1) и включает в себя следующие моменты:

- утреннее и вечернее собрание как вид ежедневной структурированной терапии. Представляет собой ритуал коллективной встречи всех участников реабилитационной программы;
- психотерапевтическая группа представляют собой групповую форму работы по достижению психотерапевтических целей. Проводится три раза в неделю в малых группах;
- тематическая группа – групповая форма работы в малых группах по обсуждению определенной темы, значимой для резидентов. Является одной из составляющих противорецидивной терапии;
- индивидуальное консультирование резидентов представлено в виде встреч психолога/психотерапевта с резидентами, которые проводятся в соответствии с разработанным индивидуальным планом лечения;
- учебная деятельность проводится в рамках индивидуальной образовательной программы по повышению образовательного статуса резидентов и повышению мотивации на получение образования после завершения курса реабилитации.
- досуговая деятельность, включающая в себя курс арт-терапии, программу обучения навыкам социально-бытовой ориентировки, культурную программу и т.д.
- спортивно-оздоровительная деятельность включает в себя ежедневные занятия спортом в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями, спортивные соревнования, медицинские оздоровительные занятия (рефлексотерапия, аутотренинг т.д.)
- трудотерапия, начинается с привития навыков самообслуживания и развивается в направлении обучения наркозависимых различным видам общественно-полезного, в том числе, творческого труда. Кроме этого, в это же время проводится работа по профессиональной ориентации резидентов.

Кроме представленных форм работы могут реализовываться отдельные мероприятия, такие как социально-психологический тренинг, выездные туристические и культурные мероприятия и т.д.

Важным элементом реабилитационной программы является создание и поддержание адекватных условий жизнедеятельности резидентов. Размещение резидентов предпочтительнее в одно-двухместных комнатах, так как это обеспечивает создание личной территории и пространства. Кроме этого, помещение центра должно обладать необходимыми функциональными помещениями (столовая, кухня, комнаты для проведения обучающих занятий и психотерапевтических групп, досуговая комната, трудовые мастерские и т.д.). Территория центра должна быть отгорожена и иметь подсобные помещения и площадки (спортивные площадка, приусадебное хозяйство, мастерские и т.д.),

резидент имеет право на наличие и использование личных вещей, если это не противоречит нормам и правилам пребывания в центре.

Деятельность сообщества многогранна и предполагает как оказание помощи наркозависимому средой, так и изменение среды, в которую после выписки попадает наркозависимый. Только комплексность воздействия обеспечивает эффективность реабилитационных мероприятий, поэтому важным элементом реабилитационной программы является работа с семьей и ближайшим окружением наркозависимого. Программа комплексной работы с семьей наркозависимого ведется параллельно основному реабилитационному процессу и включает в себя терапевтические, тематические, обучающие занятия с родителями и ближайшим окружением. Кроме этого, важным элементом работы с семьей и ближайшим окружением является включение близких людей непосредственно в процесс реабилитации, т.е. в досуговые, праздничные, выездные мероприятия программы.

Интенсивная терапевтическая работа в искусственно созданной лечебной среде в условиях реабилитационного центра должна сменяться клубной работой и работой в группах взаимопомощи.

### **Заключение контракта.**

Реализация основной программы реабилитации осуществляется с момента подписания контракта, который обеспечивает построение отношений в процессе реабилитации на основе соблюдения требований обеих сторон – клиента и персонала РЦ и является важным фактором создания реабилитационной среды. Между клиентом и администрацией реабилитационного центра заключается контракт с указанием форм и объема оказываемой помощи, сроков и условий пребывания клиента в РЦ, обязанностей и прав сторон. Перед заключением контракта желательно дать ребенку возможность почувствовать атмосферу и требования, предъявляемые в РЦ (этот период может занять около недели).

Важно перед заключением контракта провести разъяснительную работу, как с клиентом, так и с родителями относительно смысла заключения договора. Работа с контрактом проводится в ходе индивидуальной встречи психолога с потенциальным резидентом и его родителями, во время которой необходимо установить контакт с подростком и его родителями и заключить соглашение о работе. Перед заключением контракта родители и клиент должны быть ознакомлены с программой реабилитации, основными методами и направлениями работы. Клиенты берут на себя обязательства активно участвовать в реабилитационной программе и выполнять основные предъявляемые требования.

Контракт (договор) выполняет также терапевтическую функцию. Контракт – это договор, который регулирует отношения клиентов и персонала РЦ, дает возможность прогнозировать исход ситуации (последствия поведения) в случае нарушения договора, создает условия стабильности во взаимоотношениях с взрослыми. Контракт является также важным инструментом создания мотивации к участию в процессе реабилитации, который позволяет разделить и транслировать ответственность за происходящее непосредственно клиенту.

Контракт является конфиденциальным документом. В форму его заполнения возможно внесение изменений в соответствии с договоренностями психолога и резидента, учитывая индивидуальные особенности и пожелания психолога и клиента.

При заключении соглашения с родителями (опекунами) важно обсудить с ними условия участия их ребенка в реабилитационной программе и помочь им выработать мотивацию для личного участия в работе Центра. В ходе предварительных встреч родителям необходимо разъяснить их активную роль и значение в успешности реабилитационных мероприятий. В случае отказа от участия в программе с родителями заключается дополнительное соглашение, в котором оговариваются вопросы относительно возможных изменений, происходящих с ребенком в процессе реабилитации, степень ответственности персонала РЦ за успешность реабилитации. Образцы Контрактов представлены в Приложении № 2 и № 3

## Медицинский (фармакологический) компонент программы

Фармакологическое лечение наркозависимых подростков не только жизненно необходимо при оказании помощи в период наркотической интоксикации и абстиненции, но и является важным фактором процесса реабилитации. Наркологическое заболевание характеризуется целым рядом системных расстройств. Происходит кардинальная перестройка в системе обмена веществ, обуславливающая действие стержневого механизма болезни - патологического влечения к психоактивному веществу. Токсические эффекты ПАВ приводят к поражению мозга и различных внутренних органов, потере иммунитета. Нарастают негативные изменения личности- характера, эмоциональной сферы, поведения. Потребление ПАВ, особенно внутривенным путем, приводит к широкой распространенности среди наркозависимых таких опасных заболеваний как вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. Кроме того, сопутствующие психические нарушения высоко распространены среди детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ. Подростки с двойными диагнозами составляют самую большую подгруппу подростков с наркозависимостью в клинических наблюдениях. Существует также группа заболеваний и состояний, являющихся противопоказаниями для принятия подростка в реабилитационный центр.

В силу вышеприведенных причин, подросток при поступлении должен подвергаться тщательному врачебному осмотру (как правило, врачом-психиатром-наркологом) и при необходимости направляться на консультацию узкого специалиста (терапевта, педиатра, невропатолога, психиатра и т. д.) Кроме того, осмотры психиатром – наркологом должны производиться не реже одного раза в неделю для оценки состояния резидента, клинической динамики и внесения необходимых корректив в индивидуальный лечебный план. При поступлении желательно иметь для подростка результаты общего анализа мочи и крови и повторять их один раз в три-четыре недели. Периодически необходимо проводить токсикологический анализ мочи.

Фармакотерапия в процессе реабилитации должна быть направлена на профилактику рецидивов, купирование влечения к наркотику, коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, коррекцию поведения и восстановление нарушенных функций.

Имеются три фармакологических стратегии, которые обычно используются для уменьшения или подавления патопсихофизиологических симптомов зависимости от ПАВ: сделать психоактивное вещество авersiveм (например, дисульфирам при алкогольной зависимости); блокировать эффекты психоактивного вещества (например, налтрексон при злоупотреблении опиатами); и уменьшить симптомы отказа от приема (например, клонидин при героиновой зависимости, десипрамин при кокаиновой зависимости).

При опиоидной зависимости для профилактики рецидивов и купирования влечения наиболее эффективным является применение налтрексона. Действие его основано на способности предотвращать развитие субъективно приятных переживаний (эйфории) при введении наркотика. Кроме этого, налтрексон обладает целым рядом других преимуществ: отсутствие агонистических свойств, он не вызывает привыкания, отсутствие выраженных побочных действий и токсических проявлений даже при длительном его применении; легкий, неинвазивный путь введения (препарат принимается перорально); большая

продолжительность действия, позволяющая принимать его 1 раз в сутки. Из других средств, применяемых для подавления влечения, можно отметить антидепрессанты: прозак и ципрамил и антиконвульсанты: финлепсин, конвулекс, суксилеп. При кокаиновой зависимости – имипрамина и нейролептиков, в первую очередь флуфентиксола деканоата, который быстро снижает влечение к кокаину и не вызывает ангедонистического эффекта. Применение других нейролептиков в процессе реабилитации нежелательно из-за их побочных эффектов. Основываясь на теории, что хроническое употребление стимуляторов приводит к уменьшению дофаминэргической активности, поэтому для купирования влечения применяются не прямые дофаминэргические вещества, например бромкриптин.

Фармакокоррекция аффективных и психопатоподобных расстройств проводится по показаниям в зависимости от ведущей симптоматики и назначается подростковым врачом психиатром-наркологом. Лечение соматических сопутствующих заболеваний осуществляется в реабилитационном центре врачом-педиатром или подростковым педиатром, если нет необходимости в госпитализации резидента.

Для восстановления нарушенных функций ЦНС, купирования астенического синдрома применяются препараты группы ноотропов: пирацетам, пиридитол, пантогам, фенибут; и аминокислоты: аминалон, глутаминовая кислота, церебролизин.

Важнейшим фактором общеукрепляющего лечения является витаминотерапия: аевит, пангексавит, аэровит, квадевит, глутамевит, аскорутин и т. д., которую необходимо сочетать с назначением микроэлементов.

Из нефармакологических методов лечения желателно включать физиотерапевтическое лечение (ИРТ, электротранквилизация (ЛЭНАР), массаж), лечебную физкультуру, гипнотерапию и аутотренинг.

## **Индивидуальное консультирование резидентов Центра.**

Суть индивидуального консультирования состоит в специальной организации процесса общения, помогающей резиденту актуализировать его резервные и ресурсные возможности, обеспечивающие успешный поиск возможностей выхода из проблемных ситуаций. Процесс индивидуального консультирования сосредоточен на ситуации и личностных ресурсах, на помощи в самостоятельном принятии ответственного решения. Система постоянного индивидуального консультирования позволяет в значительной степени оптимизировать процесс реабилитации за счет регулярного контакта ведущего психолога/психотерапевта с резидентом, что выполняет функцию оценки эффективности проводимой реабилитации, возможного изменения терапевтической программы, возможность работы с индивидуальными проблемами и трудностями, более тесного контакта персонала и резидентов..

Цель индивидуального консультирования – повышение психологического и социально- психологического здоровья резидента за счет перестройки систем отношений личности, деформированных вследствие употребления наркотиков. При консультировании наркозависимых целью является не только воздержание от употребления наркотиков и других ПАВ, но и коррекция антисоциальных установок, приобретение полезных социально-психологических навыков, помощь в адаптации к жизни сообщества реабилитационного центра.

### **Основные этапы индивидуального консультирования:**

1. Восстановление у резидентов позитивного самоотношения, доверия к миру
2. Анализ проблемы, операционализация ее проявлений, выявление провоцирующих источников и причин
3. Постановка позитивной цели, описание желаемого поведения
4. Построение шагов роста (описание конкретных достижений через день, неделю, месяц)
5. Уточнение параметров желаемого результата.
6. Определение возможных ресурсов и союзников – тех, кто может помочь в достижении цели
7. Проработка возможных рецидивов старого поведения.

### **Общие принципы консультативной и психотерапевтической помощи при работе с резидентами:**

- Чем более глубокими являются психические и психологические нарушения у наркозависимых, тем более простыми должны быть применяемые психотерапевтические приемы.
- Адекватность применяемых методов консультирования и психотерапии характеру и степени выраженности психологических и социально - психологических проблем клиента.
- По сравнению с консультированием взрослых в психотерапии подростков должен применяться более директивный подход.
- Необходимо избегать сильной фрустрации.
- Необходимо предоставление и обсуждение с клиентами разнообразного корректирующего эмоционального, духовного и поведенческого опыта.



**При консультировании наркозависимых необходимо учитывать следующие особенности их психологической сферы:**

- Робость, трудности в установлении контактов, недостаточный уровень самоутверждения, тревожность, раздражительность, агрессивность, повышенная чувствительность.
- Повышенный уровень притязаний сочетается с недостаточными возможностями достижения целей.
- Неуверенность в себе, низкая самооценка, асоциальные наклонности, низкая фрустрационная толерантность, конформизм.
- Психолого-педагогическая запущенность, контакты с асоциальными культурами, депрессивная симптоматика, низкие навыки проблемно-разрешающего поведения.

Психолог при реализации реабилитационных программ обеспечивают: умение детей и подростков осознавать возникающие проблемы и принимать по ним решения; развитие коммуникативности, умения общаться и обсуждать свои проблемы; рост самосознания, уважения к себе, овладение позитивными средствами самоутверждения; развитие твердости, умения выражать неприятие; формирование позитивных социальных ролей и соответствующих им мотиваций и действий.

**Основные методы консультирования наркозависимых (в том числе и подростков):**

1. Решение актуальных проблем - признание своего «ненормативного Я», ценностной ориентации, целеполагания, изменения самооценки, осознание жизни и здоровья как абсолютной ценности.
2. Информирование (расширение кругозора).
3. Метафора (метод аналогий, использование пословиц) – снижение субъективной значимости проблемы за счет понимания, что она не уникальна.
4. Активизация сознания - изменение отношения к злоупотреблению ПАВ и его последствиям.
5. Изменение шаблонов мышления и ложных установок - борьба с «мифами» наркологической субкультуры и типичными заблуждениями о ПАВ.
6. Установление логических взаимосвязей между событиями при анализе ситуации (что из-за чего, в том числе внутренние факторы).
7. Самораскрытие (рассказ об элементах личного опыта).
8. Изменение поведения - выход из субкультурной среды, развитие коммуникативности, формирование нормативной личностной и социальной ориентации, стремление к успеху, формирование эффективной личности.
9. Конкретное пожелание (что бы ты мог сделать, желательно несколько вариантов).
10. Парадоксальная инструкция (специально делай то, что ты делаешь сейчас).
11. Убеждение в правильности мыслей, способов поведения.
12. Эмоциональное заражение (в случае эмоционального контакта психолог может стать объектом эмоциональной идентификации, передавать ребенку собственное эмоциональное состояние).
13. Помощь в отреагировании эмоций (проговаривание, косвенная разрядка).
14. Обучение приемом релаксации.
15. Переоценка (трансформация негативного опыта в положительный за счет «смены рамки»).

16. Домашние задания (действия, о которых договариваются психолог и консультируемый)
17. Позитивный настрой (повышение уверенности резидента в собственных силах)
18. Ролевое проигрывание
19. Анализ ситуаций из жизни знакомых, литературных персонажей.
20. Внутренние переговоры (диалог субличностей).
21. Трансформация личной истории (изменение отношения к жизненным событиям).
22. Постановка и поиск путей реализации жизненных целей.
23. Наполнение смыслом обыденных жизненных событий.
24. Социальные пробы.
25. Оказание помощи в поисках идентичности.

Оптимальным при лечении и реабилитации наркозависимых является индивидуальное стратегическое планирование, в котором разные терапевтические ситуации образуют преемственную систему помощи. Индивидуальное консультирование проводится в соответствии с разработанным индивидуальным планом лечения. Психолог, основываясь на результатах предварительной оценки психологического состояния клиента, совместно с резидентом определяет основной спектр психотерапевтических задач, которые резиденту необходимо проработать в контексте прохождения реабилитационной программы. Оценка психологического состояния клиента проводится на этапе вхождения в программу. Индивидуальный план лечения учитывает персональные потребности, нужды и дает возможность работать на индивидуальные цели клиента и позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий в комплексе с другими методами.

Четко составленный индивидуальный план лечения позволяет специалистам контролировать изменения, происходящие с резидентом, корректировать направления индивидуальных реабилитационных мероприятий в соответствии с потребностями клиента, заранее определять наиболее эффективные методы работы с каждым конкретным резидентом. Важно, что индивидуальный план предполагает возможность внесения практических и терапевтических изменений по результатам постоянного мониторинга состояния резидента.

Соглашение по реализации индивидуального плана лечения разрабатывается и подписывается как курирующим психологом, так и непосредственно резидентом. В соглашении указываются предварительные сроки выполнения работы по каждому из пунктов плана.

В соответствии с «Концептуальными основами реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами» Министерства образования РФ рекомендуется на каждом из этапов реабилитации уделять внимание следующим специфическим направлениям работы.

#### **Начальный этап реабилитации.**

Применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивых мотивов на участие ребенка или подростка в реабилитационной программе, на окончательный отказ от употребления ПАВ, проводится оценка эффективности психотерапевтической работы. Важно помочь резиденту адаптироваться к условиям проживания в реабилитационном центре, осознать ценности, нормы и правила пребывания в сообществе, развить навыки самоконтроля и самодисциплины, экспериментирования с различными ролями. В

консультировании и психотерапии основной упор делается на методы поведенческой терапии.

### **Основной этап реабилитационной программы.**

На этом этапе реабилитации важно постоянное тесное и согласованное взаимодействие с семьёй и ближайшим окружением резидента. Прежде всего, устанавливается «семейный диагноз», а затем все усилия направляются на психокоррекционную работу, ликвидацию острых межличностных и внутриличностных конфликтов, как резидента, так и ближайшего окружения. Родители обучаются взаимодействию со своими детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания. Особое внимание должно уделяться работе с глубинными чувствами, экзистенциальной и ценностно-смысловой сфере жизни резидента.

Кроме этого, на этом этапе реабилитации активно используются следующие психологические и социотерапевтические методики, техники и упражнения воздействия на реабилитируемого (индивидуальные и групповые): мотивационные, проблемно-ориентированные, коммуникативные, ориентированные на получение обратной связи, игровые, ролевые.

Особое внимание уделяется помощи резиденту оставаться в программе реабилитации, закрепить мотивацию и навыки противостояния рецидивам злоупотребления ПАВ, с этой целью научить ребенка или подростка самостоятельно определять предвестники возможного срыва и противостоять им, используя личностные ресурсы, помощь специалистов и членов семьи. Важно у резидента выработать ответственность за состояние своего здоровья, коммуникативность, навыки сотрудничества с членами реабилитационной наркологической бригады. Решаются задачи социального тренинга, взаимодействия и функционирование в коллективе.

### **Завершающий этап реабилитационной программы.**

На этом этапе важно закрепление и стабилизация результатов психотерапевтической и социальной работы, достигнутых на предшествующих этапах. Это, прежде всего, восстановление физического состояния здоровья, формирование устойчивой мотивации, закрепление навыков самоконтроля, оценки критериев принятия решения и их практической реализации, нормализация коммуникативных способностей, стремление к самоактуализации, трудовой деятельности, учебе, устойчивой ценностной ориентации, социальной нормативности. Кроме этого, на этом этапе важно подготовить резидента к выходу из реабилитационной программы и закрепить навыки самостоятельной жизни, оказать помощь в планирование дальнейшей жизни без употребления наркотиков.

На этапах реабилитационной программы могут быть использованы различные методы психолого-педагогической диагностики, ряд из них указан в Приложении № 4.

## Психотерапевтическая группа.

Универсальным механизмом всех форм аддикции является ложноадаптивная попытка изменить психическое состояние, выражающаяся в повторяющемся злоупотреблении наркотическими веществами, которая приводит к привыканию и в итоге к зависимости. Психологическая основа аддиктивного поведения – это стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния, сопровождающееся изменением стиля жизни на самодеструктивный.

Специфика подросткового возраста заключается в неравномерности созревания, незавершенности формирования личности, психологической и социальной устойчивости. С этим связаны многие внутриличностные конфликты данного возрастного периода и психический дискомфорт. Нередко подростковый возраст сопровождается оппозицией ценностям и нормам «взрослого» общества, реакциями группировки подростков и формированием особой подростковой субкультуры. Многочисленные стрессы и дистрессы активизируют потребность в компенсации своего состояния и, тем самым, способствует процессу наркотизации и приему различных психоактивных веществ.

Причиной самостимуляции служат чувства опустошенности, угнетенности, скуки, психического вакуума, в результате чего требуется скрытая и постоянная потребность в снятии тягостного напряжения. Важнейшую роль при этом играют внешние стрессогенные факторы (конфликты, неодобрение значимого окружения, неуспехи, обедненная стимулами внешняя среда и т.д.) и внутренние стрессогенные факторы (низкая самооценка, конфликты между потребностями и возможностями, столкновение противоречивых чувств, подавление нежелательных для окружения эмоций). С этой точки зрения особую опасность представляет подростковый возраст, когда личность подростка переживает кризис идентичности, отвергает авторитеты, ценности и образы значимых других с целью самоопределения. Попытки компенсации самооценки могут включать отказ от собственных тяжелых чувств как от части «Я», т.е. выражаются их вытеснением, отрицанием и следующей за этим опустошенностью.

Наркомания в подростковом возрасте часто коренится во внутреннем конфликте, обусловленном стремлением личности преодолеть тяготящее ее чувство зависимости. Если строгость воспитания и дефицит эмоционального тепла в раннем детстве сменяются затем установкой на самостоятельность и личные достижения, подростку трудно совместить эти противоречивые установки. Это вызывает чувство зависимости, мотивационный конфликт, находящий временное разрешение в наркотическом опьянении, создающим иллюзию свободы.

В результате наркотизации подростков происходят те или иные нарушения ценностно-смысловой сферы. В контексте целесмысловой ориентации у наркозависимых подростков преобладает пассивная, реактивная, выжидательная позиция, что сочетается с низким уровнем осмысленности жизни. Преобладает высокий удельный вес потребностей по сравнению с низким удельным весом ценностей. Ценности с содержательной стороны часто «дублируют» потребности. Структурная организация смысловой сферы отличается узостью отношений с миром, структурной упрощенностью, слабой иерархией потребностей, неустойчивостью. При этом снижена осознанность смысловых ориентиров, также как и критичность, рефлексия, регулирующая роль мировоззрения. Нарушена функция планирования и целеполагания, есть только настоящее, а перспективы будущего нет.

В когнитивной сфере наркозависимые подростки характеризуются такими особенностями, как негативное мышление (действия основываются на негативном опыте предсказаний), биполярность (мир воспринимается либо в черных красках, либо в белых), «долженствование» (перекладывание ответственности на других людей или обстоятельства), перфекционизм, иррациональное мышление, неосознавание причинно-следственных связей своего поведения. При этом в психологии наркозависимого подростка существуют бессознательные механизмы психологической защиты, такие как отрицание, рационализация, соглашательство, интеллектуализация, отождествление и т.д.

Групповая психотерапия ставит задачи эмоциональной поддержки резидента с постепенным анализом механизмов зависимости от окружающих, дефицита самооценки, агрессивных импульсов, таких дезадаптивных психологических механизмов защиты, как выраженное вытеснение, отрицание и т.д. Наиболее успешным является комбинированный психотерапевтический подход, включающий как выявление внутренних причин наркотизации у подростков (недостаточная устойчивость к социальному стрессу, низкий уровень самоутверждения и т.д.) с выработкой более эффективных стратегий проблемно-разрешающего поведения, так и подключение эмоционально стимулирующих социальных влияний, значимых для резидента (налаживание отношений в семье, целеполагающего поведения в образовательной и профессиональной сфере).

#### **Цели и задачи групповой работы.**

Общая цель психотерапевтической группы – создание условий для резидентов, в которых они могут изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более адаптированными и научиться строить конструктивные отношения во всех сферах жизни без употребления наркотических веществ. Специфика групповой психотерапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы.

Задачи терапевтической группы:

- Исследование психологических проблем каждого члена группы и оказание ему помощи в ее решении.
- Устранение эмоционального дискомфорта. Поощрение свободного выражения чувств.
- Изменение неадаптивных стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации.
- Обеспечение резидентов новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы.
- Приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышения социальной компетентности).
- Содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения удовлетворенности жизнью.
- Помощь резидентам в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической группы.
- Устранение болезненных симптомов.

В психотерапевтической группе каждый резидент моделирует свою жизненную ситуацию, использует привычные для него стереотипы поведения, реализует характерные отношения и установки. Здесь он получает возможность «посмотреть на себя со стороны», понять непродуктивный характер своего поведения и общения и в психотерапевтической обстановке прийти к изменению нарушенных отношений, приобретая навыки полноценного общения, отказываясь от невротических защитных механизмов, осваивая иные, более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения.

Цель групповой терапии достигается через коррекцию нарушенной в результате приема наркотиков системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения посредством направленного воздействия терапевтической группы на основные компоненты отношений личности: когнитивный, эмоциональный, поведенческий, ценностно-смысловой.

В когнитивной сфере работа направлена на достижение следующих результатов:

- Осознание связей между различными психогенными факторами и внутренними проблемами личности
- Осознание меры своего участия в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, то есть, каким образом сам подросток своим поведением и своими отношениями способствует этому, а также понимание, каким путем можно было бы предотвратить повторение конфликтных ситуаций через другое поведение и другие отношения.
- Осознание более глубоких причин собственного деструктивного поведения, переживаний и способов поведения, начиная с детства, а также особенности и условия формирования своей системы отношений

В эмоциональной сфере резидент может:

- Получить эмоциональную поддержку, необходимую для ослабления действия невротических защитных механизмов, стабилизации и повышения самооценки и самоуважения, изменения эмоционального отношения к самому себе.
- В атмосфере откровенности и доверия свободно раскрыть свои трудности с соответствующими чувствами (часто скрытыми не только от окружающих, но и от самого себя).
- Получить возможность осуществить эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний и реагирования, восприятия своих отношений с окружающими.

В ценностно-смысловой сфере работа направлена на:

- Поощрение осознанности клиента в том, что он создает свою собственную идентичность и мир, в котором живет эта идентичность.
- Привитие и принятие резидентом общечеловеческих ценностей магистральной культуры.
- Повышения уровня осмысленности своей собственной жизни и осознанности смысловых ориентиров.
- Поиск оптимального соотношения ценностной и потребностной регуляции.
- Обучение навыкам целеполагания и планирования во временной перспективе.

В поведенческой сфере процесс психотерапии направлен на:

- Приобретение навыков более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими.
- Преодоление неадекватных форм поведения, связанных с наркоманической субкультурой и избеганием субъективно сложных ситуаций
- Развитие форм поведения, связанных с сотрудничеством, ответственностью, самостоятельностью.
- Закрепление новых форм адаптации, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни.
- Выработку и закрепление адекватных форм поведения и реагирования на основании достижений в познавательной, эмоциональной, ценностно-смысловой сферах.

Для реализации этих задач используются методы личностно-ориентированной, поведенческой, экзистенциальной, позитивно-ориентированной, рационально-эмотивной, когнитивной терапии, гештальт-подхода, терапии отношений.

### **Нормы группы.**

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Реализация этих принципов – норм необходима для защиты резидентов от возможного негативного группового опыта и травматических переживаний.

Основные нормы и правила работы группы:

- Принцип откровенности и искренности.
- Не оценивать и не использовать ярлыки, а поддерживать конструктивную обратную связь.
- Запрет на агрессию как физическую, так и моральную по формуле: «Обо всем можно говорить, но не все можно делать». Выражение сильных эмоций во время групповых занятий может происходить только при условии контроля со стороны ведущего.
- Ответственность за то, что происходит в группе, лежит в равной степени, как на терапевте, так и на резидентах.
- Уважение чувств и мыслей другого.
- Конфиденциальность – информация о том, что происходит в группе, не выносится за ее пределы.

### **Стиль руководства групповым процессом.**

В контексте групповой терапевтической работы с несовершеннолетними важным элементом является стиль руководства со стороны психолога/психотерапевта. Терапевт должен оказывать постоянное воздействие на членов группы: побуждать их, оберегать, поддерживать, критиковать и т.д. В задачи терапевта входит стимуляция проявления различных чувств, окружение членов группы заботой и вниманием (эмоциональная поддержка), определение норм, направлений деятельности. Терапевт выступает как режиссер, который по необходимости останавливает действие, сосредотачивает внимание группы на определенном поведении члена группы или всей группы.

### **Ориентация группового процесса.**

Групповой процесс с точки зрения места и времени, к которым адресуется дискуссия, должен быть ориентирован на сочетание ситуации «здесь и сейчас» (т.е. на то, что является актуальным в терапевтической группе) и на «там и тогда» (т.е. на то, что являлось и является актуальным за пределами реабилитационной программы). Ситуация «здесь и сейчас» используется для осознания и разрешения актуальных проблем, которые существуют во внешнем плане жизни резидента и на замене старого способа поведения новым. Интерперсональные проблемы резидента остаются актуальными до тех пор, пока они удерживаются его собственным поведением и поведением других, с кем он взаимодействует. В то же время важным является установление связей актуального поведения с прошлым опытом, т.е. как в ситуации «здесь и сейчас» отражается и повторяется то, что было «там и тогда».

### **Организация терапевтической группы.**

По форме терапевтическая группа является открытой, т.е. свободной для принятия новых участников.

Продолжительность обычного группового сеанса составляет 1.5 часа Сеансы, составной частью которых являются какие-то физические действия, например, психогимнастика, телесноориентированные упражнения, психодрама, арт-терапия и т.д., могут продолжаться около двух часов.

Периодичность проведения: 3 раза в неделю.

Ведущий: психолог/психотерапевт

Количество и состав участников группы определяется в зависимости от целей и задач. Регулярные терапевтические группы проводятся с участием 7-8 резидентов.

### **Введение новых резидентов в групповой процесс.**

Новый резидент допускается к участию в группе после индивидуальной работы со своим психологом. В течение первых двух недель пребывания резидент совместно с психологом разрабатывают индивидуальный план терапевтического лечения, где определяются основные индивидуализированные задачи реабилитации. Перед введением резидента в группу рекомендуется предварительный разговор, задачами которого являются:

- Дать резиденту определенную рациональную основу, чтобы он воспринял групповую работу как метод, который может помочь ему в решении внутренних проблем
- Объяснить роли резидента и роли терапевта в процессе групповой работы
- Дать клиенту общее представление о процессе групповой терапии. При этом терапевт должен подчеркнуть, что роль резидента будет достаточно активной, что принятие решений ложится на самого резидента, что в процессе групповой работы могут возникать различные чувства, в том числе и негативные.



## Программа занятий тематической группы

### Пояснительная записка

Исследованиями и опытом работы с подростками, употребляющими ПАВ, показано, что злоупотребление наркотическими веществами приводит к снижению уровня социально-психологической адаптации таких подростков. Нарушения адаптации преимущественно связаны с тем, что возрастные задачи развития, характерные для детей 11-18 лет, не реализуются в полной мере. К задачам развития в подростковом возрасте помимо прочих традиционно относят развитие самосознания, развитие способности брать на себя ответственность за свои действия, развитие эмоциональной саморегуляции, которые способствуют установлению и поддержанию конструктивных взаимоотношений между подростком и окружающими его людьми. У подростков, злоупотребляющих ПАВ, в связи с замедлением процесса личностного роста зачастую отсутствуют перечисленные выше способности или мотивация к их реализации, что в свою очередь ведет к нарушению отношений с другими людьми, появлению реальной угрозы социальной изоляции.

При работе, направленной на оказание помощи наркозависимым подросткам, особое внимание уделяется профилактике рецидивов употребления ПАВ. В качестве причин рецидивов наиболее часто выступают переживание негативных эмоций, переходящее в дистресс, неразрешенные внутриличностные конфликты, социальное давление. В условиях невозможности построения подростком конструктивных отношений со значимыми людьми воздействие этих факторов многократно усиливается. Соответственно, основным направлением работы тематической психологической группы должно стать развитие социальной компетентности резидентов как одного из факторов предупреждения случаев рецидивного употребления наркотических веществ посредством создания условий для реализации возрастных задач развития подростков.

**Программа рассчитана** на шесть месяцев, по три занятия в неделю продолжительностью 2 часа каждое, включая перерыв (5-10 минут). В занятиях группы может принимать участие 7-12 человек. Занятия объединены в тематические блоки (по 12-24 часов в каждом), каждый из которых является законченной программой работы по теме, предлагаемой к рассмотрению. Благодаря блочному принципу построения программы группа имеет возможность функционировать в открытом режиме, т.е. в начале работы над каждым последующим блоком программы состав резидентов – участников группы может меняться исходя из индивидуальной программы пребывания резидента в Центре. Перед приходом в группу «новичков» ведущий группы проводит с ними вводное занятие, объясняя цели работы группы и правила участия в ней.

**Целью программы** является создание условий для личностного развития резидентов, ориентированного на развитие социально-адаптивных форм поведения подростка как фактора предупреждения случаев рецидивного употребления ПАВ.

Достижение поставленных целей в рамках программы реализуются следующие взаимосвязанные **задачи**:

- Обучение каждого участника осознавать себя как уникальную и полноправную личность, со своими взглядами, убеждениями, ценностями.

- Обучение резидентов осознанию и принятию ответственности за свои действия, отношения и свою жизнь, развитие самостоятельности.
- Научить принимать другого человека как такую же уникальную личность, т.е. уметь устанавливать с ним контакт и строить отношения на основе взаимопонимания.

Реализация поставленной цели предполагает работу по следующим

**направлениям:**

1. Обучающая работа:
  - Обучение способам эффективной работы со своими эмоциональными состояниями, возникающими в личностно значимых ситуациях.
  - Обучение эффективным способам взаимопомощи.
2. Развивающая работа: изучение и понимание себя, своих особенностей, своих ролей во взаимодействии с другими людьми.
3. Элементы терапевтической работы: работа с личностными затруднениями, которые мешают принятию себя и эффективному использованию своих возможностей.

**Ожидаемые результаты реализации программы** состоят в том, что резиденты получают опыт построения и проживания отношений, построенных на ассимилированных принципах партнерского взаимодействия (равноправие, осознанность, ответственность), который поможет им строить более конструктивные взаимоотношения с другими людьми за пределами группы.

Программа работы тематической группы базируется на следующих **принципах:**

1. **Принцип мотивационной готовности.** Работа группы должна быть ориентирована на темы, значимые для ее участников. Учитывая, что блоки занятий заложены в программу исходя из сформулированных целей работы группы, а не с учетом непосредственных интересов конкретных резидентов, мотивационная готовность может достигаться путем постоянного обращения к личному опыту участников группы, демонстрации личностной значимости получаемой информации. В качестве дополнительного мотиватора может рассматриваться создание условий, при которых участники группы сами формулируют психологические закономерности, а не получают информацию в готовом виде, что достигается умеренно недирективной позицией ведущего группы. Умеренно недирективная позиция ведущего позволяет подросткам частично принимать ответственность за проведение занятий, что само по себе является положительным эффектом работы группы.
2. **Принцип целостности материала.** Проработка предлагаемых тем предполагает единство когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов. Психологические знания, сформулированные в течение занятия, будут более или менее полно ассимилированы подростками лишь в том случае, если они вызовут отрефлексированный эмоциональный отклик, а также получат социально-приемлимые поведенческие референты, понимаемые как различные поведенческие модели в конкретных ситуациях.
3. **Принцип учета возрастных особенностей участников группы.** Особенности подросткового возраста, описанные выше, учитываются при формулировании тематики занятий группы, а также при выборе форм и методов работы.

4. **Принцип «от других к себе».** Занятия по предлагаемым тематическим блокам на первых этапах строятся с применением полупроективных техник, позволяющим подросткам говорить о существовании обсуждаемой проблемы «у людей вообще». Такой подход частично помогает разрешить сложности, связанные с нежеланием подростка обсуждать темы, которые могут оказаться особенно лично значимыми, поскольку демонстрируют подростку «неоригинальность» его трудностей.

С учетом возрастных особенностей участников группы и личностной специфики наркозависимых подростков программа включает в себя следующие **тематические блоки занятий:**

1. Эмоции и чувства (12 занятий)
2. Что я знаю о себе (12 занятий)
3. Подростковые трудности (12 занятий)
4. Уверенность в себе (6 занятий)
5. Я в мире профессий (6 занятий)
6. Основы коммуникации (12 занятий)
7. Прикладная конфликтология (12 занятий)

**Структура тематического блока занятий** включает:

1. Вводное занятие. Учитывая открытый характер работы группы, предполагающий появление в группе новых резидентов с началом работы над каждым последующим блоком программы, первое занятие частично посвящается знакомству участников группы с «новичками», повторению правил работы группы, созданию установки на групповую работу. Вторая часть занятия посвящается созданию условий для ориентации резидентов в проблеме, предлагаемой к рассмотрению.
2. Работа по теме. Занятия 2-3 посвящены ориентации в проблеме, материал не требует глубокой личностной проработки. На последующих занятиях отдельные аспекты заявленной темы прорабатываются более глубоко.
3. Итоговое занятие. Последнее занятие группы по каждому тематическому блоку является условно «зачетным» и строится таким образом, чтобы на этапе рефлексии результатов занятия каждый участник мог оценить свои достижения, связанные с работой над темой.

**Логика построения занятия в рамках тематического блока** выражается следующей последовательностью шагов:

1. Ритуал приветствия. Ритуал может быть придуман группой в процессе обсуждения или предложен психологом. Целью ритуала приветствия является настрой на работу, сплочение группы, создание группового доверия.
2. Мотивирующее упражнение и / или обсуждение. В процессе мотивирующего упражнения (обсуждения) резидентам предоставляется возможность обратиться к личному опыту, связанному с темой занятия.
3. Объявление темы занятия с раскрытием его целей на бытовом языке, понятном подросткам.
4. Работа по теме занятия. Основное содержание занятия представляет собой совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на решение задач, сформулированных для работы над каждой темой. В ходе одного занятия участникам группы может быть предложено 1-3 упражнения.

Каждое упражнение завершается обсуждением процесса и результата выполнения упражнения.

5. Рефлексия результатов занятия. Рефлексия результатов предполагает ретроспективную оценку занятия в двух аспектах: эмоциональном и смысловом, а также создание мотивации на работу по следующей теме курса.
6. Ритуал завершения занятия (см. ритуал приветствия).

При реализации программы работы тематической группы используются следующие **методы**:

1. Ситуационно-ролевые, деловые и развивающие игры, упражнения с игровыми элементами, соответствующие темам занятия.
2. Психотерапевтические приемы (вербализация, «вентиляция чувств», визуализация, обратная связь, арт-терапевтические, психодраматические и сказкотерапевтические техники).
3. Групповое обсуждение как особая форма работы группы:
  - направленное обсуждение, целью которого является формулирование резидентами выводов, необходимых для последующей работы по теме;
  - обсуждение с целью вербализации опыта и вентиляции чувств участниками группы, а также сбора ведущим информации о ходе работы группы;
  - обсуждение, организуемое резидентами при работе в малых группах, преследующее обе перечисленных выше цели.
4. Психогимнастические упражнения, направленные на снижение психоэмоционального напряжения участников группы в начале занятия или после завершения эмоционально насыщенного упражнения. В описание занятий включены только те психогимнастические упражнения, которые необходимы как разрядка после особенно лично значимых упражнений. Ведущий может включать в программу занятия тематически обоснованные психогимнастические упражнения по мере необходимости.

Специфика работы тематической группы предполагает ряд **требований к помещению для проведения занятий**. Для проведения занятий по программе необходимо достаточно просторное помещение с мягким покрытием пола, достаточным количеством стульев, чтобы у участников группы была возможность сидеть в кругу и свободно передвигаться. Кроме того, в помещении для занятий группы необходимо создание «индивидуальных рабочих мест» для участников группы – столов для индивидуальной работы, расположенных вдоль стен. Помещение должно быть звукоизолированным и не просматриваемым для посторонних. В начале каждого занятия в помещении должны находиться все **материалы, необходимые для работы группы**, которые описаны в разделе «Содержание программы занятий тематической группы» для каждого конкретного занятия. Помимо описанных материалов, на каждом занятии необходим магнитофон и кассеты со спокойной инструментальной музыкой, которая звучит во время индивидуальной работы резидентов или работы малых групп, а также колокольчик для обозначения отдельных временных интервалов работы. На протяжении всех занятий на стене должен висеть лист ватмана с перечнем основных **правил работы группы**. Для занятий по тематическим блокам «Основы коммуникации» и «Прокладная конфликтология» может потребоваться видекамера и возможность просмотра отснятого материала в тренинговой комнате.

Учитывая специфику участников работы тематической группы, а также содержания программы занятий, **к ведущему группы предъявляется ряд требований.** Ведущему группы необходимо иметь базовое психологическое образование, а также дополнительную подготовку в одном из гуманистически ориентированных направлений психологической помощи, опыт работы с подростковыми трудностями, опыт групповой работы с подростками (не менее 3 лет). Для более эффективной работы группы к проведению занятий могут привлекаться ассистенты (1-2 человека), успешно прошедшие занятия по всем тематическим блокам программы. В задачи ассистентов входит «техническая» помощь ведущему в организации работы группы, активное участие в упражнениях, которые вызывают трудности у резидентов-участников группы для облегчения выполнения ими заданий, предлагаемых ведущим.

## **Работа с семьей и ближайшим окружением.**

В процессе реабилитации очень важно постоянное тесное и согласованное взаимодействие с семьей и ближайшим окружением пациента. Наркозависимость наиболее часто является продуктом патологического развития личности в результате дефицита правильного воспитания в семье, серьезных нарушений процесса социализации. В то же время наркозависимость препятствует нормальному функционированию личности в сфере семейных отношений. При этом нарушается не только личность наркозависимого, но и окружающих его близких людей (родителей, сиблингов и т.д.). Вырастая на почве негативных явлений в семье и ближайшем окружении, наркомания как бы воспроизводит и еще больше усугубляет их, в тенденции приводя к практически полной дестабилизации семьи. Наркомания несовершеннолетних является своего рода индикатором кризисных процессов, которые происходят в семье. И чем сильнее закамуфлированы, чем глубже подавляются и вытесняются факт и причины семейного кризиса, тем острее проявляется неблагополучие детей, когда наркомания выступает крайней формой разрешения семейного кризиса. В связи с этим, работа с семьей резидентов представляется важной по двум причинам:

1. Поддержка и помощь семье и близким людям часто определяет то, насколько резидент сможет справиться со своими проблемами.
2. Семьи молодых людей, злоупотребляющих наркотиками, часто нуждаются в поддержке и психологической помощи не меньше, а зачастую и в гораздо большей степени, чем непосредственно сами наркозависимые.

Семейная ситуация и система отношений в семье наркозависимых подросткового и юношеского возраста могут выступать:

- как фактор формирования преднаркотической личности;
- как фактор фиксации психологической зависимости от наркотиков;
- как фактор, провоцирующий продолжение приема наркотиков;
- как фактор, определяющий эффективность психотерапевтической и реабилитационной работы.

В качестве одного из условий пребывания резидента в реабилитационном центре является согласие родителей участвовать в программе реабилитации. Родители должны быть постоянно готовы к совместной работе с центром. С родителями подписывается контракт, в котором оговариваются основные условия пребывания резидента в центре, требования и необходимость участия в терапевтических мероприятиях самих родителей. Чем выше степень готовности к сотрудничеству родителей и значимого окружения резидента, тем выше эффективность реабилитации.

При консультировании и психотерапии семей резидентов в качестве основных могут выступать следующие цели:

- изменение семейной ситуации через изменение системы семейных отношений;
- нормализация и реконструирование основных функций семьи.

Консультирование родственников резидентов преследует цель дать им четкую информацию об основных аспектах и последствиях наркологического заболевания, повысить стрессовую толерантность, обсудить реальные возможности

выхода из «тупиковой ситуации». Особое внимание следует уделять формированию научно-обоснованных представлений о реабилитационном процессе, его продолжительности и эффективности, особенностях режима реабилитационного учреждения. При этом акцентируется внимание на необходимости строгого контроля за поведением реабилитируемых.

Важно отметить, что в контексте реабилитационного процесса работа с семьей и ближайшим окружением должно проводиться на четырех уровнях:

#### 1. *Индивидуальное консультирование и терапия (работа с отдельными родителями).*

Основная нагрузка на индивидуальное консультирование походит на начальном и основном этапе реабилитации. В процессе индивидуального консультирования важно установить доверительные отношения между специалистами центра (психологом, психотерапевтом, социальным педагогом) и родителями. Важно вовлекать в процесс реабилитационных мероприятий как можно большее количество членов семьи, т.к. вероятность положительных изменений в поведении резидента повышается.

При работе с семьей, прежде всего, устанавливается «семейный диагноз». Важным элементом диагностики и определения направлений работы психолога является анализ характера семейного воспитания резидента. Речь идет о том, сколько сил, времени и внимания уделяется родителями ребенку и в какой мере их отношение нацелено на удовлетворение значимых для него потребностей. Необходим учет форм неадекватного семейного воспитания: гиперпротекция - доминирующая или потворствующая, со стороны одного из родителей; воспитание с возложением на ребенка повышенной моральной ответственности; неустойчивый стиль воспитания; эмоциональное отвержение, гипоопека и жестокое обращение и т.д. Кроме этого, изучается внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи и психологическое состояние родителей. Затем все усилия направляются на психокоррекционную работу, ликвидацию острых межличностных и внутриличностных конфликтов. Родители обучаются взаимодействию со своими детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания.

В задачи психолога входит оказание квалифицированной помощи при решении внутриличностных и межличностных проблем родителей и формирование у них уверенности в себе при решении возникающих проблем. Многие ошибки родительского отношения к детям лежат в чувстве неудовлетворенности родителей, в их неадекватном представлении о своей родительской роли, которое часто воспроизводит характер отношений их родителей к ним в раннем детстве или дополняет их представление о том, что они недополучили от родителей в своем детстве.

Кроме этого, в задачи психолога/психотерапевта на начальном этапе входит подготовка родителей к участию в терапевтической групповой работе.

#### 2. *Групповая работа с родителями.*

В этот элемент включается проведение терапевтических групп и тематических обучающих занятий с родителями. При групповых формах работы в качестве ключевых задач необходимо прорабатывать следующие темы:

- повышение компетентности родителей с изменением их реакции от поиска причин и «виноватого» к реалистичному отношению с осознанием ответственности за свою роль в преодолении ребенком зависимости;
- преодоление мотивов ухода от обсуждения реальных проблем и намерений переложить вину за не успех различных способов противодействия приему наркотиков и лечения на окружающих или специалистов;
- развитие у родителей способностей к активному, осознанному наблюдению за состоянием ребенка, включая при необходимости методы тестового контроля, и их готовности к активному реагированию на любые проблемы, связанные с продолжением его наркотизации.

Терапевтическая группа для родителей проводится как для поддержки самих родителей, так и для того, чтобы родители смогли, осознав свои проблемы, чувства и обсудив и выразив их в безопасной обстановке, научиться новым для них способам поведения, произвести перемены в жизни своей семьи. Основная цель – помочь членам семей резидентов ослабить их собственную созависимость и способствовать процессу самоидентификации (т.е. помочь осознать свои собственные нужды, потребности и т.д.). Это позволит участникам:

- нормализовать собственную жизнь;
- быть более эффективными в формировании у своих детей мотивации на отказ от употребления наркотиков;
- изменить свои отношения в семье так, чтобы риск рецидива был минимальным.

Потенциальное преимущество группы – это возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы и переживания. Также в процессе группового взаимодействия происходит принятие ценностей и потребностей других, т.к. опыт показывает, что в семьях наркозависимых имеют место серьезные трудности во взаимоотношениях. В этот круг проблем входят такие вопросы, как близость, доверие, свободное выражение своих чувств, умение поддерживать здоровые взаимоотношения, которые помогают каждому члену семьи иметь позитивную самооценку. Наблюдая происходящие в группе взаимодействия, участники идентифицируют себя с другими и осознают собственные неконструктивные паттерны поведения.

Методы и процедуры, используемые в терапевтической группе, сходны с методами обучающей группы. Однако работа в терапевтической группе сфокусирована на изменениях в структуре личности, что проявляется в изменении качества жизни.

Работа в группе определяется стадиями любой терапевтической работы: установление терапевтического контакта, определение запроса на изменение (составление терапевтического контракта), работа с предубеждениями и иллюзиями клиентов, работа с чувствами, связанными с травмирующей ситуацией, принятие нового решения, переобучение завершение контракта, прощание.

Периодичность проведения терапевтической группы для родителей зависит от этапа прохождения реабилитационной программы резидентами. В начале и середине основного этапа реабилитации родители должны посещать терапевтическую группу не менее двух-трех раз в месяц. Продолжительность одной встречи – от 2 до 3 часов. По форме проведения терапевтическая группа является открытой.



Обучающие занятия с родителями проводятся в процессе всей реабилитационной программы. Целями этих занятий могут быть:

- предоставление информации о психологии наркозависимых, наркотиках и последствиях их употребления;
- осознание родителями их активной позиции в связи со здоровым образом жизни детей;
- обучение выходу из кризисных ситуаций, например, конфликта в супружеской паре;
- объяснение родителям определяющих основ межлических отношений;
- демонстрация перспектив привития навыков здорового образа жизни, а также обучение оказывать поддержку детям по удовлетворению личных потребностей без употребления психоактивных веществ;
- формирование у родителей правильного отношения к самооценке или чувству самоценности ребенка;
- умение научить ребенка нести ответственность за себя и свое окружение;
- умение разделять личность самого ребенка и его поступки;
- умение активно слушать и понимать переживания и потребности своего ребенка;
- знакомство родителей с проблематикой влияния семьи, группы и микросоциума на то, как дети контактируют с психоактивными веществами;
- обучение навыкам профилактики срывов.

Продолжительность занятий варьируется от 1 часа до 2,5 часов. Основными методами работы в обучающих группах являются:

- работа в малых группах;
- мини-лекция как форма подачи нового материала. Требования: лекция должна быть короткой, предусматривающей обратную связь, простой, понятной и проиллюстрированной;
- столкновение мнений, что включает в себя обмен взглядами на какую-либо тему, связанную с поиском решения определенной проблемы;
- использование в ходе занятий ролевых игр, т.е. инсценировка коротких сюжетов на выбранную тему.

### 3. Семейное консультирование и терапия (работа с наркозависимыми и семьей совместно).

Семейное консультирование и психотерапия – это система психологических воздействий на семью как на живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования. Необходимость такого вида работы с семьей наркозависимого обусловлена следующими причинами:

- сам симптом рассматривается как показатель наличия проблемы у всей семьи;
- наркозависимый выполняет определенную функцию внутри семьи;
- борьбе наркозависимого с наркотической зависимостью часто мешает реакция членов семьи.

Семейная терапия направлена на паттерны семейного взаимодействия и коммуникации во время терапевтической сессии. При этом акцент делается на установление границ между подсистемами семьи. Для целей семейной терапии полезно считать, что проблема заключается не в клиенте, а в разобщенности его и его семьи, и поэтому необходимы изменения в структуре семьи.

Задача раннего этапа семейного консультирования – формирование альянса с обоими родителями с целью формирования у них эффективной поддерживающей позиции по отношению к резиденту. Формулируются общие задачи терапии.

На основном этапе семейного консультирования основным аспектом работы являются супружеские отношения родителей (при работе с неполными семьями терапевт берет на себя родительскую и супружескую роль). Задача психолога/психотерапевта состоит в том, чтобы родители оставались вместе и поддерживали резидента в противостоянии наркозависимому поведению.

На заключительном этапе терапии решаются проблемы, связанные с независимостью резидента – его физическое разобщение с семьей либо разобщение через возросшую компетентность

Психотерапия должна быть интенсивной и ограниченной решением только тех проблем, которые касаются резидента. Для решения других внутрисемейных проблем используются индивидуальное или групповое консультирование. Семейное консультирование проводится с середины реабилитационной программы и до ее завершения с периодичностью 4 раза в месяц.

#### *4. Включение семьи в организацию реабилитационного процесса и привлечение к различным реабилитационным мероприятиям.*

Данный элемент работы заключается в привлечении родителей к подготовке и участию в основных мероприятиях реабилитационной программы: праздников, выездных мероприятиях, спортивных соревнований и т.д.. Родителям предлагается стать полноправными активными участниками процесса реабилитации, имеющими право голоса и возможность влиять на происходящее.

## **Образовательный компонент программы.**

Цели педагогической реабилитации в процессе общего образования клиентов реабилитационной программы включают решение как общеобразовательных задач, так и задач коррекционных и лечебно-педагогических, направленных на максимальное приспособление резидентов к самостоятельной жизни, учебе, труду. Одна из основных педагогических задач как всей программы в целом, так и образовательного компонента в частности – научить ребенка такому образу жизни, при котором он может быть максимально интегрирован в общество. При этом основной упор в процессе обучения делается на создание устойчивой позитивной мотивации к учебе, активизацию познавательной деятельности резидентов, формирование у учащихся навыков учебной деятельности, восполнение пробелов в знаниях, что способствует их социально-трудовой адаптации.

Цель образовательного компонента – развитие физической, эмоциональной, социальной и духовной сфер сознания, а не только формирование знаний, умений, навыков. В основе обучения должна лежать логика взаимодействия с признанием самоценности личности ученика и учителя.

Несовершеннолетние, включаемые в программу реабилитации, как правило, имеют не только стойкую социальную, но и школьную дезадаптацию. Она диагностируется у них чаще по свершившемуся факту академической неуспеваемости, отклоняющемуся девиантному, асоциальному поведению. Образовательный процесс должен носить личностно-ориентированный характер и предусматривать учет и влияние на процессе обучения следующих факторов:

- Тяжесть психофизиологических последствий вследствие злоупотребления наркотическими веществами;
- педагогическая запущенность, связанная с утратой учебной мотивации (личностно-мотивационная дефицитарность);
- академическая неуспеваемость, связанная с тем, что дидактические требования, предъявляемые ребенку, не соответствуют уровню зрелости его интеллектуальных функций, обеспечивающих учение; (интеллектуальная дефицитарность, связанная с задержанным возрастным психическим развитием);
- наличие сопутствующих пограничных психических расстройств, которые определяют временные состояния риска учебной неуспешности по состоянию здоровья.

При поступлении в реабилитационный центр резиденты проходят обязательное тестирование по основным предметам для определения их образовательного статуса, уровня образовательной запущенности. На основе данного тестирования разрабатывается индивидуальный учебный план, согласно которому формируется образовательная программа как для каждого резидента в отдельности, так и для всего сообщества в целом. Каждый резидент должен следовать индивидуальному плану обучения, отражающему его интересы и склонности. Это способствует:

- созданию доверия;
- стимулированию индивидуальной работы;
- поиску личностных ресурсов;
- обретению навыков работы в соответствии с планом;

- развитию и осуществлению деятельности на основе индивидуальных особенностей;
- концентрации внимания на учебе;
- развитию навыков общения.

Поскольку резиденты обычно длительное время находились вне образовательных программ, чаще всего у них сформировано негативное отношение к процессу обучения. Соответственно, педагогическому коллективу на первоначальном этапе важно создать обстановку доверия, сломать существующие барьеры, основываясь на подчеркивании достоинств резидентов. Основная функция учителя – проектирование и создание такой образовательной среды, которая способствовала бы саморазвитию учащегося (интериоризация внешних стимулов обучения, самостоятельное управление процессом развития). Кроме этого, учитывая различия в возрасте, способностях и образовательном уровне резидентов, необходимо поощрять их к индивидуальной работе и работе в малых группах с приблизительно равными возможностями, что способствует развитию уверенности, навыков общения и, в конечном итоге, эффективности образовательной программы.

Создание мотивации к получению образования является одной из важнейших задач реабилитационной программы в контексте реадaptации и ресоциализации резидентов. Мотивация обучения является результатом сформированной учебной деятельности. Для формирования устойчивой мотивации к обучению необходимо учитывать следующие особенности формирования учебной деятельности:

- осознанность;
- целенаправленность и целесообразность – в процессе учебной деятельности четко определены цели и пути их достижения, значимые для резидента;
- изменение субъекта в процессе деятельности – имеется возможность зафиксировать позитивные изменения, которые происходят с клиентом в результате прохождения образовательной программы, т.е. приобретение новых знаний, умений, навыков, личностный рост и т.д.;
- активность – учащиеся выступают в качестве субъекта образовательного процесса;
- предметность – каждый вид деятельности имеет свой предмет, соответственно, учащиеся должны понимать, в чем состоит предметность. В качестве дополнительных средств предполагается использование наглядных материалов (видео, муляжи, наглядные пособия и т.д.);
- социальный характер – учебная деятельность носит социально ориентированный характер и имеет возможности приложения в реальной жизни.

Учебный план каждой возрастной группы определяется государственным специальным образовательным стандартом, ориентированным на достижение уровня компетентности, предполагающего овладение теоретическими средствами познавательной и практической деятельности.

В рамках реализации программы реабилитации резидентам предоставляются дополнительные условия, облегчающие процесс обучения: сокращенный трехчасовой учебный день и работа в малых группах 7-10 человек.

Образовательная программа в реабилитационном центре рекомендуется строить на основе экстерната. Обучение в центре в соответствии с инструкциями и договором между школой и администрацией реабилитационного центра

осуществляется ближайшей школой, которая разрабатывает индивидуальную программу развития каждого резидента и маршрут обучения, подбирает учителей и осуществляет контроль за их работой. При составлении индивидуального учебного плана и расписания занятий учитываются:

- психофизические особенности резидентов;
- предыдущий образовательный уровень;
- интересы резидента и его склонности.

Рекомендуется включение в учебный план предметов трудовой направленности, которые определяют профессиональную ориентацию с возможно раннего возраста и включают: практическое домоводство, трудовое и начальное профессиональное обучение, основы выбора профессии, технологию социального взаимодействия (культура общения, деловое общение, правила поведения в различных социальных институтах, человековедение и т.п.). Важно также организовать предпрофессиональное обучение и производительный труд на основе результатов профориентации и профтестирования.

В процессе обучения педагогический коллектив должен учитывать склонности и особенности резидентов, развивать навыки самостоятельной работы ученика со справочной и художественной литературой, периодикой, компьютерные обучающие программы, Интернет-возможности, по возможности привлекать к помощи родителей, задавать домашние задания в большем объеме для самостоятельной отработки, усвоения и закрепления учебного материала, знаний, умений и навыков.

По итогам каждого дня педагогами составляется отчет о проведенной работе и достижениях резидентов. Это обеспечивает положительное подкрепление и обратную связь. Кроме этого, необходим постоянный мониторинг успешности образовательной программы с целью внесения изменений и дополнений.

Для этой цели на базе реабилитационного центра создается медико-психолого-педагогический консилиум. Это постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения резидента.

*Задачи планового консилиума:*

- определение путей оптимального медико-психолого-педагогического сопровождения резидента;
- выработка согласованных решений по определению образовательного и коррекционно-развивающего маршрута;
- динамическая оценка состояния ребенка и коррекция ранее намеченной программы;
- решение вопросов об изменении образовательного маршрута, коррекционно-развивающей работы по окончанию обучения.

*Внеплановый консилиум* созывается по запросу специалиста, педагога и в качестве основных его задач выступают:

- принятие экстренных мер по выявившимся новым обстоятельствам;
- изменение направления коррекционной работы в изменившейся ситуации или в случае ее неэффективности;
- изменение образовательного маршрута в рамках реабилитационного центра.

Важным аспектом эффективного функционирования программы реабилитации в контексте образовательного аспекта является тщательный подбор педагогических кадров. Профессиональные требования, предъявляемые к педагогам, следующие:

- творческий подход к преподаванию;
- высокий уровень профессионализма при владении своим предметом;
- педагогический такт;
- умение реализовывать не только обучающие, но и развивающие и воспитательные цели занятий;
- умение адаптировать учебный материал под специфику работы в реабилитационном центре;
- желательна дополнительная подготовка педагогов по работе с наркозависимыми и психологическим аспектам взаимодействия с трудными подростками.

Желательные личностные качества педагогов:

- креативность;
- сензитивность;
- гибкость поведения;
- толерантность к различным формам девиантного поведения;
- коммуникабельность и открытость;
- конгруэнтность и т.д.

Кроме реализации вышеперечисленных общих образовательных целей в контексте образовательного компонента необходимо обеспечить проведение специфического образовательного курса для резидентов центра. Данный информативно-обучающий курс должен включать в себя базовую информацию о специфике формирования и развития механизмов зависимости от наркотиков и ПАВ, последствия и симптоматику употребления различных наркотиков и ПАВ, профилактику ЗППП, в том числе и ВИЧ-инфекции.

## **Педагогический и воспитательный компоненты реабилитационной программы.**

Педагогический аспект реабилитации наркозависимых включает формирование, коррекцию, и компенсацию функций методами обучения и воспитания. Общая цель педагогического компонента в целом совпадает с целями реабилитации и направлена на наиболее полную интеграцию личности в общество.

Согласно «Концептуальным основам реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами» Министерства образования РФ в процессе реализации воспитательного компонента должна обеспечиваться подготовка личности к самоопределению в основных сферах жизнедеятельности: трудовой, общественно-политической, культурно-досуговой, семейно-бытовой, готовности к выбору сферы профессиональной деятельности. Кроме этого, развиваются способности к самореализации в социуме, к формированию среды общения, осуществляется подготовка к самостоятельной и ответственной деятельности в различных сферах, происходит обучение организации досуга, обеспечивается сохранение и укрепление здоровья, формирование способности к саморегуляции и структурированию своего свободного времени.

Основная социально-психологическая, коррекционная и обучающая практика заключается в следующем: приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности; коррекция поэтапной адаптации к условиям реабилитационного учреждения; психокоррекция поведенческих расстройств; контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в учебе и пр.; помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем; содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении.

Педагогическая работа включает в себя:

- коррекционное обучение – направлено на усвоение социального опыта специальными методами, учитывающими индивидуальные особенности личности резидента;
- коррекционное воспитание – это воспитание типологических свойств и качеств личности, инвариантных предметной специфике деятельности (познавательной, трудовой, эстетической и т.д.), позволяющих адаптироваться в социальной среде;
- коррекционное развитие – направлено на развитие психического и физического потенциала резидентов, коррекцию и исправление недостатков вследствие приема психоактивных веществ, совершенствование психических и физических функций.

Поскольку степень психологической и социальной дезадаптации резидентов, равно как и реабилитационный потенциал, в значительной степени отличаются друг от друга в своих проявлениях, то, в соответствии с возрастными особенностями и с учетом тяжести последствий злоупотребления наркотическими веществами, определяется специфика организации, содержания и методов реабилитации в процессе воспитания и обучения. В качестве значимых признаков при выборе варианта или программы в контексте педагогического аспекта для наркозависимых клиентов могут выступать:

- эмоциональные реакции резидента и их проявления в адрес близких людей, персонала и других резидентов;
- способы общения и взаимодействия с окружающими;

- наиболее типичные особенности индивидуального поведения;
- особенности отношения резидента к значимым сферам жизни;
- специфика ценностных ориентаций клиента;
- знания и представления об окружающем мире;
- психологические особенности резидента относительно возрастных норм.

Содержание компенсаторно-адаптационного обучения и воспитания направлено на коррекцию психосоциального развития личности резидентов, создание компенсаторных и социально-адаптационных способов деятельности. Это выражается в сочетании образовательной и коррекционной работы, в формировании образа жизни без употребления ПАВ и наркотиков, в реализации методик, направленных на коррекцию индивидуального развития с учетом личностного потенциала резидента.

За каждым воспитателем закрепляется 2-3 резидента, включенных в программу реабилитации. На педагогов и психологов реабилитационного учреждения ложится задача осуществления позитивного развития личности на основе реабилитационных программ. Основой результата воспитательной психокоррекционной работы является формирование личности подростка с устойчивыми социально положительными установками. Этот общий результат ставит сложную задачу осмысления особенностей становления и формирования новых социально позитивных психологических новообразований у детей и подростков, проходящих курс реабилитации с учетом их возраста, индивидуального личностного своеобразия. Это становится возможным в результате использования в реабилитационной программе не только психологических методик, но и индивидуальных и общих стимуляций, поощрений, индивидуализации учебного и воспитательного процесса и эмоционально насыщенного производительного труда. Ежедневное совместное проживание предлагает достаточно много поводов для самопознания в отношениях с другими людьми, учит нести ответственность за себя и других, дает возможность почувствовать, что самое важное и необходимое. Сходство проблем, с которыми сталкиваются члены группы, создает такое ощущение «ты не один» и, что совместно проблемы решаются легче, что можно найти опору в других и самому поддерживать других.

### **Роль персонала. Система норм и правил нахождения в реабилитационной программе.**

Персонал реабилитационного центра выступает в качестве моделей поведения, значимых ценностных ориентиров для резидентов, т.н. «суррогатных родителей». Особенно важную роль в этом процессе играют воспитатели. Обращение к несовершеннолетним с позиций нормативной ролевой модели активизирует соответствующие сферы личности и побуждает к ответственному поведению. Модель семейного воспитания помогает несовершеннолетним резидентам лично расти, чтобы они могли интегрироваться в ценности магистральной культуры. Персонал реабилитационного центра функционирует как хорошо заботящаяся о ребенке среда, берет на себя функции материнской заботы и демонстрирует спонтанно изменяющиеся характеристики здоровой семейной жизни. Воспитатели находятся с резидентами 24 часа в сутки, выполняя основные родительские функции:

- функцию духовного наследия, т.е. передача ценностей и опыта, накопленного другими поколениями;



- эмоциональную функцию, т.е. удовлетворение потребности человека в принятии, признании, психологической защите, безопасности и эмоциональной поддержке;
- функцию психологического комфорта, включающего в себя понятие личной территории;
- функции первичного социального контроля;
- функцию трансляции ролевого поведения;
- регулятивную функцию, т.е. распределение ролей, прав и обязанностей, а также распределение ответственности за деятельность в процессе реабилитации.

В отношениях между резидентами необходимо стремиться к поддержанию братско-сестринских отношений, основанных на взаимном уважении и взаимной поддержке и помощи. В процессе прохождения курса реабилитации резиденты наделяются все большими правами, обязанностями и ответственностью за определенные виды деятельности по усмотрению персонала. По завершению основного этапа реабилитации резиденты могут быть ко-ведущими тематических групп, ответственными за помещение, кухню, мастерские, посещать магазин и т.д.

Этому способствует введение и поддержание норм и правил нахождения в центре. Выполнение этих правил является обязательным для всех резидентов центра. Основные правила пребывания в реабилитационном центре:

- абсолютное воздержание от наркотиков и психоактивных веществ;
- запрет на любую физическую и моральную агрессию;
- сексуальная абстиненция;
- разрыв с наркоманским прошлым (атрибутика, одежда, музыка и т.д.);
- готовность к обратной связи о себе и других;
- соблюдение распорядка дня и режимных моментов;
- готовность помогать другим по принципу: «Помогая другим, ты помогаешь себе»;
- активное участие в жизни сообщества;
- готовность к сотрудничеству и следование рекомендациям персонала реабилитационного центра.

Кроме этого, в процессе пребывания в реабилитационной программе резидентам запрещается:

- отказываться от сдачи анализов;
- выходить за территорию центра на начальных этапах процесса реабилитации и без сопровождающего из числа персонала;
- курить в неположенное время и в неположенных местах;
- прерывать программу реабилитации без предупреждения за 48 часов;
- азартные игры;
- иметь наличные деньги и драгоценные украшения;
- отказываться от участия в мероприятиях реабилитационной программы без веских оснований.

В случае нарушения правил и норм пребывания в реабилитационном центре к резидентам могут быть применены следующие меры взыскания:

1. Устное предупреждение.
2. Строгое предупреждение с заменой участия в досуговых мероприятиях на трудовые.

3. Строгое предупреждение с занесением в журнал замечаний и испытательным сроком.
4. Разбор поведения резидента на общем собрании персонала и резидентов.
5. Исключение из реабилитационной программы.

В качестве поощрений возможно использование бальной системы. За хорошее выполнение обязанностей и работ, образцовое поведение каждому резиденту начисляются баллы, которые учитываются персоналом при поощрении резидента. В то же время баллы обладают денежным эквивалентом, на который возможно приобретение необходимых товаров в магазине.

### **Трудовая терапия.**

Значительное место в воспитательной работе занимает трудовое воспитание, которое начинается с привития навыков самообслуживания и развивается в направлении обучения наркозависимых различным видам общественно-полезного, в том числе, творческого труда. Кроме этого, важным элементом реабилитационной программы является проведение работы по профессиональной ориентации резидентов, учитывающей как объективные способности клиентов, определяемые в программе психологической реабилитации, так и приобретенный трудовой опыт и личные предпочтения. Профессиональная подготовка может осуществляться как на уровне освоения отдельных навыков и профессиональных функций, на уровне ускоренной профессиональной подготовки, начальной и средней профессионального образования в зависимости от особенностей реабилитационного потенциала, склонностей и желаний индивида. В качестве конкретных сфер деятельности в контексте профессиональной подготовки могут выступать:

- авторемонтное дело;
- слесарное дело;
- деревообрабатывающие специальности;
- строительные специальности;
- растениеводство и животноводство;
- пользователи компьютеров;
- профессии швейного, трикотажно-текстильного и обувного производства и др.

По каждому из направлений создаются специально оборудованные мастерские.

### **Социально-бытовая ориентировка.**

Программа обучения навыкам социально-бытовой ориентировки относится к числу специальных коррекционных занятий, которые проводятся с учетом возрастных и специфических особенностей, потребностей и возможностей резидентов. При этом должны учитываться местные особенности и национальные традиции. Овладение навыками социально-бытовой ориентировки облегчает социально-психологическую адаптацию наркозависимых подростков к современным условиям жизни. Содержание занятий может включать в себя следующие темы:

- личная гигиена – овладение умениями и навыками гигиены, ухода за кожей, сохранения и укрепления своего здоровья;
- одежда и обувь – привитие навыков самообслуживания, уход за одеждой и обувью, ремонт одежды;

- транспорт – овладение навыками пользования основными видами транспорта;
- средства связи – обучение навыкам владения основными средствами связи: телефон, Интернет, почта и т.д.;
- семья – культура семейных отношений, планирование семьи, роли и этапы развития семьи;
- торговля;
- медицинская помощь – овладение навыками оказания первой медицинской помощи, получение первичных знаний о биологии, анатомии человека и т.д.;
- жилище - обучение навыкам ухода за предметами повседневного домашнего обихода и т.д.;
- этика и культура поведения – обучение путям и средствам установления личных взаимоотношений в семье, группе, классе, общественных местах и т.д. кроме этого, обучение навыкам поведения за столом, в коллективе сверстников, со старшими, в общественных местах;
- питание – ознакомление с основными продуктами питания, способами приготовления и хранения пищи, организации пространства кухни и т.д.

Для формирования знаний, умений и навыков по социально-бытовой ориентировке применяются различные методические приемы: объяснение, демонстрация, сюжетно-ролевые игры, экскурсии.

Особое внимание должно быть обращено на клиентов, склонных к девиантному поведению. Их социально-бытовая ориентировка должна сопровождаться воспитательными мерами, смягчающими их агрессивность, приучающими их сдерживать агрессию в общении и стимулирующими усидчивость, терпение и толерантность к фрустрации. Необходимо прививать им установку на неукоснительное следование нравственным нормам, на уважение к личности.

Важной составляющей реабилитационной программы являются внедрение в реабилитационный процесс элементов самоуправления. Все организационные вопросы, связанные с жизнедеятельностью в центре, обсуждаются и решаются с привлечением резидентов, а ритм ежедневной жизни (распорядок дня, распределение обязанностей и заданий) утверждается на собраниях сообщества. Кроме этого, резиденты привлечены к участию в самообслуживании, хозяйственные работы в центре максимально отданы под ответственность клиентов: участие в приготовлении пищи, уборка помещений, ремонт и уход за инвентарем и личными вещами, занимается хозяйством, производит мелкий ремонт помещений, мебели и т.д. В центре нет кухарок, домработниц, кладовщиков. Воспитатели выполняют одновременно роли заботливых советников, партнеров, опекунов и наставников.

### **Утреннее и вечернее собрание.**

Особое место в процессе реабилитации должно быть уделено созданию и поддержанию традиций и ритуалов. Для реабилитационного центра должна быть разработана совместно с резидентами философия реабилитационной программы, которой следуют все находящиеся на реабилитации. Большое значение имеют ритуалы совместного проведения праздников, приема пищи, встречи новых резидентов и проводы прошедших реабилитацию. Среди ритуалов особо выделяются утреннее и вечернее собрание.

Утреннее собрание является ежедневным мероприятием, которое проводится в реабилитационном центре каждое утро. Цель утреннего собрания – начать день, стимулировать уровень настроения резидентов, выявить общие вопросы решить возникшие вопросы. По своей форме – это ритуал коллективной встречи всех участников реабилитационной программы.

Утреннее собрание усиливает чувство принадлежности к коллективу и сообществу, создает атмосферу взаимопонимания и взаимоподдержки членов центра. Кроме этого, важный элемент утреннего собрания – это информационный компонент, т.к. участники получают возможность узнать, что происходит как за пределами реабилитационного центра, так и в его стенах.

Утреннее собрание длится не более 45 минут. В нем принимают участие все члены реабилитационной программы, в том числе и персонал. Это обязательное мероприятие для всех резидентов центра.

Правила проведения утреннего собрания:

1. Все происходит "здесь и сейчас".
2. Выступления по очереди.
3. Каждый говорит за себя.
4. Концентрация внимания на происходящем.

Утреннее собрание является четко структурированным видом групповых встреч и проводится по следующему порядку: философия центра, новости дня, раздача заданий на день (работа по кухне, по дому, по саду и огороду, ремонт помещений и т.д. – при распределении используется принцип ротации, чтобы каждый имел свою часть работ), девиз дня, организационные вопросы, небольшое игровое упражнение, ритуал утреннего группового приветствия. Важными элементами являются общий климат, ключевые процедуры, настроение. Большое значение имеют ритуальные действия: песни, игры, рукопожатия, структурированность по времени.

Вечернее собрание является менее структурированным методом, целью которого является подведение итогов дня. На этой встрече обсуждаются результаты и достижения резидентов, позитивные моменты прошедшего дня, отвечая на вопрос: «Что было хорошего в течение дня?». Важно, что внимание сосредоточено на создании позитивной атмосферы, решение проблем и конфликтов откладывается на следующий день.

И вечернее, и утреннее собрания проводят дежурные воспитатели.

### **Досуговая составляющая реабилитационной программы.**

В качестве одной из составляющих досуговой деятельности используется метод арт-терапии. Арт – терапия, как и всякий лечебно-коррекционный метод, имеет своей целью определенные изменения в состоянии и социальном поведении участников терапии. В то же время она не связана с «лечением» в строгом, медицинском смысле этого слова и в меньшей мере ориентирована на исследование индивидуальных проблем и воздействие на причины и механизмы проблем клиента. Групповые занятия по арт-терапии предполагают особую «демократичную» атмосферу, связанную с равенством прав и ответственности участников процесса, меньшую степень их зависимости от ведущего группы.

Групповая арт – терапия позволяет выполнить следующие задачи:

- развитие ценных социальных навыков (коммуникативные навыки, адаптация к групповым нормам и т.д.);

- оказание взаимной поддержки членами группы, что позволяет решать общие проблемы;
- позволяет наблюдать результаты своих действий и их влияние на окружающих;
- освоение новых ролей и проявление латентных качеств резидентов, а также наблюдать, как модификации ролевого поведения влияют на взаимоотношения с окружающими;
- повышение самооценки и укрепление личной идентичности клиентов;
- развитие навыков принятия решений.

Помимо арт-терапии возможно использование библиотерапии (с использованием литературных произведений как средства терапии), музыкотерапии, поэтической терапии, психотерапии творческим самовыражением (с использованием творческие занятия для укрепления веры в себя, оптимизации коммуникативных установок и возможностей, личностного роста).

Одной из целей реабилитационного процесса является стремление к формированию гармонически развитой личности. В этой связи в качестве других видов досуговой деятельности возможно использовать различные варианты групповой творческой деятельности (любительский театр, пластика, лепка, фотография).

Кроме этого, в контексте реабилитации обязательно должна осуществляться программа по культурному развитию резидентов, что может выражаться в систематическом посещении театров, музеев, выставок, музыкальных фестивалей и праздников.

С целью создания позитивной эмоциональной атмосферы в контексте досуговой составляющей программы важна организация совместных досуговых мероприятий, таких как КВНы, творческие конкурсы, спортивные соревнования и т.д.

Спортивная составляющая программы реабилитации занимает одно из ведущих положений. Физическое воспитание предусматривает коррекцию физического развития резидентов, а также способствует здоровью, нервной системы, совершенствованию функций организма, формированию положительных нравственно-волевых черт личности. В соответствии с рекомендациями врача и психолога составляются рекомендации и ограничения по физкультуре для каждого резидента. Все резиденты обязательно каждое утро занимаются утренней зарядкой. Среди командных видов спорта возможно проведение занятий по волейболу, баскетболу, настольному теннису, футболу, аэробике. Кроме этого, возможна организация курса спортивных бальных танцев и тренажерного зала.

Выездные лагеря выступают как одна из форм организации коллективного творческого досуга с определенными терапевтическими целями. Целью организации подобных мероприятий является получение позитивного эмоционального опыта и навыков его приобретения в контексте здорового образа жизни. Кроме этого, каждый лагерь может преследовать специфические цели, такие как создание единого коллектива из резидентов и персонала, обучение навыкам преодоления кризисных ситуаций, работа с агрессией и т.д. Выездной лагерь может рассматриваться и как форма поощрения резидентов, находящихся в реабилитационной программе, и как метод создания и укрепления мотивации на участие в ней. Длительность лагеря может быть различной, но желательно, чтобы она не превышала пяти дней (оптимальным является трехдневный выезд). В подготовке и проведении лагеря в обязательном порядке участвуют резиденты.

В качестве методов проведения подобных выездных лагерей выступают приключенческая и экстремальная терапия, игровые технологии. Кроме этого, желательна организация и проведение туристических выездов (пешие и велосипедные прогулки, турпоходы в горах и на лодках).

## **Социально-адаптивный компонент реабилитационной программы.**

В процессе реализации комплексной реабилитационной программы трудно отделить направления работы и мероприятия по характеру их воздействия на резидента. В этом плане педагогический, социоадаптивный, воспитательный, психологический компоненты являются взаимодополняющими и перекликающимися по многим параметрам, преследуя в конечном итоге общие цели.

При раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ и наркотиками у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения. У подростков и молодежи разрываются или деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется реальная угроза оказаться в социальной изоляции или быть поглощенными криминальными группировками. Нередко затруднено последующее образование семьи и рождение потомства, устанавливаются устойчивые отношения с наркоманическим и даже криминальным окружением. В целом жизненная ситуация, в которой находится несовершеннолетний, также становится безысходной, поскольку болезнь практически прекращает социальный прогресс пациента (уровень его образования низок, затрудняется профессиональная ориентация и овладение специальностью, возможен криминальный анамнез и проблемы с законом, уровень социальной интеграции достаточно низок).

В связи с этим важным элементом реабилитационной программы является процесс ресоциализации клиента, направленный на работу в двух направлениях:

- работа непосредственно с резидентом по вопросам его социальной компетентности в стационарных и амбулаторных условиях;
- работа с социальным окружением и средой жизнедеятельности резидента.

Целью социально-адаптивного компонента реабилитационной программы является восстановление социального статуса резидента, его социальная адаптация, и достижение благоприятной обстановки в социальном окружении резидента.

По результатам оценки социального статуса резидента составляется индивидуальная комплексная программа реабилитации, учитывающая степень социальной дезадаптированности резидента и его ближайшего окружения.

Функционирование пациентов в РЦ в известной степени моделирует их функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций.

### **Деятельность социального педагога (социального работника).**

Социальный педагог определяет уровень педагогической и социальной запущенности несовершеннолетних и обеспечивает их коммуникабельную и социально значимую связь с окружающим миром.

Как отмечено в «Концептуальных основах реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами» Министерства образования РФ, социо-адаптивный компонент программы должен быть направлен на компенсацию, уменьшение или ликвидацию конкретных видов социальной недостаточности резидентов, выбор необходимых социальных мер

является важнейшей задачей социального педагога или работника. Социальный педагог связан с детьми и подростками во всем многообразии их жизнедеятельности, обеспечивая и налаживая их коммуникативную и эффективную взаимосвязь с окружающим миром. Он выступает одним из основных посредников между несовершеннолетними и реабилитационной средой, семьей, специалистами различных социальных служб и ведомств.

Основная социально-психологическая, коррекционная и обучающая практика социального педагога заключается в следующем:

- приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;
- коррекция поэтапной адаптации к условиям реабилитационного учреждения; психокоррекция поведенческих расстройств;
- контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в учебе и пр.;
- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем; содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в условиях амбулатории;
- консультирование по правовым вопросам;
- оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи;
- обеспечение информацией о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях, о реабилитационных программах, об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами наркомании, о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике;
- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;
- привлечение выздоравливающих несовершеннолетних и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников.

В качестве методической базы используются психотренинги и «ролевые», поведенческие игры, повседневно проводимые психологом и социальным педагогом в реабилитационном учреждении, как на специально организованных занятиях, так и в самой реабилитационной среде. В связи с этим, социальный педагог имеет определенный план работы (ежедневная, недельная, месячная циклограммы).

### **Социально-психологический тренинг.**

Важным элементом работы по социальной адаптации резидентов является проведение социально-психологических тренингов. Данная форма работы предполагает активное обучение, позволяющее резиденту:

- формировать навыки и умения в построении продуктивных социальных межличностных отношений;
- анализировать социально-психологические ситуации со своей точки зрения и позиции партнера;
- диагностировать и скорректировать личные качества и умения, снять барьеры, мешающие реальным и продуктивным действиям;



- получать психологическую помощь и поддержку;
- развивать в себе способности познания и понимания себя и других в процессе общения.

Организация и проведение социально-психологического тренинга предполагает использование следующих принципов:

1. Принцип диалогизации взаимодействия, т.е. равноправного полноценного межличностного общения, основанного на взаимном уважении участников.
2. Принцип постоянной обратной связи, т.е. непрерывное получение участником информации от других членов группы, анализирующих результаты его действий.
3. Принцип самодиагностики, помогающий раскрытию участников, осознанию и формулированию собственных лично значимых проблем.
4. Принцип оптимизации развития.
5. Принцип гармонизации интеллектуальной и эмоциональной сфер.
6. Принцип постоянного состава группы.
7. Принцип погружения.
8. Принцип изолированности и безопасности.
9. Принцип наличия свободного пространства.

Эффективная работа социально-психологического тренинга предполагает некоторый уровень личностной проработки, умение включаться в тренинговые ситуации, овладевать навыками, кооперироваться с другими людьми. В связи с этим проведение СПТ лучше организовывать, начиная с середины основного этапа реабилитации. Социально-психологический тренинг может осуществляться в специальные дни, отведенные программой реабилитации и, соответственно, более ничем не занятые. Оптимальный объем СПТ составляет 40 часов, по 8-10 часов работы в день. Кроме этого, элементы СПТ могут быть использованы в ходе групповых занятий в контексте проведения тематических групп, в досуговое время.

### **Трудовая терапия.**

Обеспечение постоянной занятости несовершеннолетних реабилитируемых – основополагающий принцип реабилитации. Длительное применение социально – позитивных форм активности препятствует патологическому функционированию, содействует развитию нормативных частей личности и достижению социальной зрелости. Структурирование времени и обеспечение организованной занятости (до 14 часов в сутки) достигается через терапевтические занятия, самообслуживание, труд, обучение и досуг.

Трудовые процессы в РЦ рассматриваются как часть развивающей среды, обеспечивающая постоянный тренинг трудовых навыков, прежде всего, выработку способности к регулярному труду. Это позволяет достичь следующих целей:

- формирование навыков общения;
- коррекция эмоционально-волевой сферы и проблемного поведения;
- оказание психотерапевтического воздействия, повышение психического тонуса;
- создание нервно-психической динамики, отвлекающей от болезненных представлений или тормозящих их по механизму отрицательной индукции;
- укрепляются высшие регуляторные процессы в соответствии с условиями и требованиями реальности.

Основными направлениями усилий при трудотерапевтическом воздействии должны быть:

- формирование и закрепление навыков самообслуживания;
- использование всевозможных стимулов с целью поощрения резидентов к самостоятельному ответственному выполнению работ;
- привлечение резидентов к различной творческой деятельности;
- выявление интересов и склонностей резидентов;
- организация и контроль трудовой деятельности резидентов.

В процессе реализации реабилитационной программы важно повышать уровень социальной включенности резидентов в обычную общественную жизнь. Начинать этот процесс можно с выходов резидентов совместно с персоналом в магазины для закупки продуктов и оборудования, посещениями культурно-досуговых мероприятий и заканчивать двух-трехдневными отпусками домой на этапе основной и завершающей части программы.

#### **Организация системы социального патронажа резидента и его окружения.**

Мероприятия социального блока программы включают в себя социальный патронаж резидента и его семьи. Данный вид работы включает в себя:

- медико-социальный патронаж;
- социально-педагогический патронаж;
- социально-психологический патронаж;
- социально-бытовой патронаж;
- социально-трудовой патронаж;
- социально-правовой патронаж;

Медико-социальный патронаж включает в себя организацию взаимодействия и поддержки резидента и его семьи амбулаторными службами медико-психолого-социальной помощи. Для обучения семьи и членов ближайшего окружения навыкам оказания первичного медицинского сопровождения резидентов используется специальный курс занятий, проводимый специалистами центра.

Социально-педагогический патронаж и поддержка включает в себя курирование в семье условий воспитания, обучения и развития резидента, наличие в семье условий для обучения и воспитания, образовательного уровня родителей, их отношения к ребенку, возможности родительской помощи в процессе обучения возможности привлечения резидента по выходу из реабилитационной программы в учебно-воспитательные, культурно-досуговые, спортивные учреждения и общественные организации. В этом плане патронаж помогает семье в устройстве резидента в соответствующее учебное заведение, в различные учреждения и организации, развивающие творческую деятельность и способности клиента, привлекает к занятиям спортом и т.д. патронаж должен состоять также и в организации клубов для совместного времяпрепровождения родителей и их детей.

Социально-психологический патронаж включает в себя организацию помощи по коррекции внутрисемейных отношений, особенно в семьях риска, организацию обучения родителей методам психологического взаимодействия с ребенком, организацию психологической помощи семье в целом. Кроме этого, данный вид

помощи заключается в организации включения резидента в поддерживающие системы помощи в амбулаторных условиях.

Социально-бытовой патронаж проводится как контроль бытовых и жилищных условий проживания резидента.

Социально – трудовой аспект социальной реабилитации включает помощь резиденту в получении профконсультации, посредническую помощь в получении профессиональной подготовки, в поступление в учебное заведение профессионального образования, в связи со службой занятости и непосредственно с предприятиями региона для помощи в трудоустройстве резидентов.

Социально-правовой патронаж включает в себя организацию юридических консультаций, семинаров, встреч с юристами по правовым вопросам, установлению связи родителей с органами социальной защиты и правовой охраны, охрану несовершеннолетних резидентов от контактов с криминальной средой (особое внимание при этом должно уделяться криминальным и неблагополучным семьям, резидентам с девиантным поведением).

Общая координация всех перечисленных работ патронажа должна осуществляться специалистом по социальной работе, входящим в состав персонала центра.

#### **Дополнительные структуры социальной поддержки резидентов.**

После стационарного лечения в условиях реабилитационного центра бывший резидент, если он утратил здоровые социальные связи и их восстановление представляется невозможным, должен находиться в особом заведении с трудовым режимом, свободным выходом, воспитанием, элементами психотерапевтической помощи и обязательным медицинским контролем и медицинской помощью. Это заведение служит промежуточным этапом между болезнью и здоровьем.

В качестве дополнительной структуры поддержки резидентов в контексте проведения постреабилитационных мероприятий может выступать создание клуба выпускников центра, основными целями которого могут выступать:

- взаимопомощь, взаимоподдержка в сохранении воздержания;
- совместное здоровое времяпрепровождение.

Кроме поддерживающей функции, подобный клуб может служить мощным стимулирующим фактором для резидентов, находящихся в программе.

Применяя разнообразные меры социальной реабилитации, необходимо объективно оценивать эффективность их реализации. Следует учитывать, что уменьшение или ликвидация проявления социальной недостаточности у резидентов центра, т.е. эффективность социальной реабилитации достигается всем комплексом реабилитационных мер (психиатрических, психологических, педагогических, социальных). Эффективность определяется уровнем социализации резидента, его способности адаптироваться и сотрудничать в обществе сверстников. Таким образом, степень социальной реабилитации является интегральным проявлением всех мер реабилитации и мерой их эффективности.

## Этапы программы

Процесс реабилитации наркозависимых подростков в реабилитационном центре базируется на принципе многоступенчатости его построения - последовательного, поэтапного применения различных компонентов реабилитационных мероприятий.

Программа реабилитации может быть разделена на пять последовательных этапа ее реализации.

1. Предварительный этап.
2. Адаптивный этап.
3. Основной этап.
4. Этап подготовки к выходу из Р.Ц.
5. Этап социализации после стационарной реабилитации.

### Предварительный этап.

Этот этап предназначен для оценки реабилитационного потенциала подростка и выявления показаний и противопоказаний для реабилитации в Р.Ц. и принятия решения о возможном направлении в Р.Ц. Предварительный этап осуществляется вне Р.Ц. и его продолжительность - до 2-х недель.

На данном этапе целесообразно определять следующие параметры:

- клинические симптомы психических расстройств, которые существовали у ребенка до формирования зависимости или вторично связаны с ней, например, астенические, эмоциональные нарушения.
- общие и специфические расстройства психологического развития, включая нарушения формирования школьных навыков, расстройства социального поведения, ограниченные рамками семьи или социализированные, несоциализированные расстройства поведения.
- уровень интеллектуального развития, включая парциальные нарушения интеллектуальных функций, а также оценку отставания в интеллектуальном развитии, связанную с семейной и педагогической запущенностью или школьной неуспешностью.
- оценка соматического здоровья и сопутствующих заболеваний, которые связаны с формирующейся зависимостью или оказывают влияние на психические или поведенческие расстройства.
- оценка социальной ситуации развития, которая имеет отношение к формирующейся зависимости от ПАВ и отклонениям психического развития.

При этом учитываются особенности конфликтных или аномальных, ригидных внутрисемейных отношений, острые и хронические жизненные дистрессовые события и другие обстоятельства, связанные, например, с социальной депривацией (воспитание в интернатном учреждении, извлечение из семьи в связи с угрозой здоровью и пр.).

Определенное значение для самооценки ребенка, находящегося на реабилитации имеет и общая оценка социального статуса, т.е. как он воспринимается окружающими в привычной для него среде, своей референтной группе, т.е. - характер социального и психологического реагирования за последние 6 месяцев до включения в реабилитационную программу. При этом значимыми являются те формы нарушений межличностных отношений в семье, в школе, со сверстниками, которые определяются формирующейся зависимостью и сопутствующими проблемами психологического развития. Эта оценка, как правило, является

качественной и констатирует уровень функционирования: хороший, умеренный, сниженный с социальными трудностями и ограничениями, выраженная неспособность справиться с социальными ситуациями, выраженная социальная дезадаптированность.

Данная оценка производится сотрудниками направляющих учреждений или амбулаторно сотрудниками Р.Ц. Оценка включает в себя: информацию, полученную от родителей, сотрудников внутренних дел, школьных педагогов, психологов; консультирование подростковым психиатром-наркологом; предварительное психологическое тестирование. Собранные данные направляются в Р.Ц. для принятия решения о возможности и сроках приема в Р.Ц.

### **Адаптивный этап реабилитации.**

Продолжительность – до одного месяца.

На этом этапе производится уточнение совокупности личностных, клинικο-динамических, психологических, социальных и соматических характеристик резидентов.

При этом используются следующие методы: клиническое психиатрическое исследование, психологическое исследование с помощью набора психодиагностических тестов, сомато-неврологическое обследование и консультирование соответствующих специалистов, тестирование на наличие наркотиков в биологических средах. В результате формируются: окончательная оценка исходного уровня реабилитационного потенциала, вероятный прогноз эффективности реабилитации и создается индивидуальный план реабилитационных мероприятий. С резидентом и его родителями или лицами их замещающими заключаются контракты. К резиденту прикрепляется ключевой работник-воспитатель.

На этом этапе большое значение придается фармакотерапии для купирования влечения к наркотику, коррекции аффективных нарушений, соматической санации и в качестве общеукрепляющей терапии.

Применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивых мотивов на участие ребенка или подростка в реабилитационной программе, на окончательный отказ от употребления ПАВ. Важно помочь резиденту адаптироваться к условиям проживания в реабилитационном центре, осознать ценности, нормы и правила пребывания в сообществе, развить навыки самоконтроля и самодисциплины, экспериментирования с различными ролями. В консультировании и психотерапии основной упор делается на методы поведенческой терапии. Осуществляется ввод резидента в существующие в Р.Ц. открытые психотерапевтические группы. Резидент начинает участвовать в трудовой и досуговой деятельности Р.Ц.

### **Основной этап реабилитационной программы.**

Продолжительность - 3 месяца.

На данном этапе осуществляются: максимальная интеграция резидента в режим жизнедеятельности и структуру Р.Ц., усвоение и принятие им норм и правил Р.Ц.; активное участие в проводимом психотерапевтическом, воспитательном и образовательном процессах; выявление и закрепление признаков динамически развивающейся ресоциализации; активное физическое оздоровление. Осуществляется работа по ранее созданному индивидуальному реабилитационному плану с коррекцией его в случае необходимости. Продолжается противорецидивная фармакотерапия и общеукрепляющее лечение.

На этом этапе реабилитации важно постоянное тесное и согласованное взаимодействие с семьёй и ближайшим окружением резидента. Прежде всего, устанавливается «семейный диагноз», а затем все усилия направляются на психокоррекционную работу, ликвидацию острых межличностных и внутриличностных конфликтов, как резидента, так и ближайшего окружения. Родители обучаются взаимодействию со своими детьми, умению контролировать их поведение и собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания. Особое внимание должно уделяться работе с глубинными чувствами, экзистенциальной и ценностно-смысловой сфере жизни резидента.

Кроме этого, на этом этапе реабилитации активно используются следующие психологические и социотерапевтические методики, техники и упражнения воздействия на реабилитируемого (индивидуальные и групповые): мотивационные, проблемно-ориентированные, коммуникативные, ориентированные на получение обратной связи, игровые, ролевые.

Особое внимание уделяется помощи резиденту оставаться в программе реабилитации, закрепить мотивацию и навыки противостояния рецидивам злоупотребления ПАВ, с этой целью научить ребенка или подростка самостоятельно определять предвестники возможного срыва и противостоять им, используя личностные ресурсы, помощь специалистов и членов семьи. Важно у резидента выработать ответственность за состояние своего здоровья, коммуникативность, навыки сотрудничества с персоналом. Решаются задачи социального тренинга, взаимодействия и функционирование в коллективе.

#### **Завершающий этап реабилитационной программы.**

Продолжительность- до 2 месяцев.

На этом этапе важно закрепление и стабилизация результатов психотерапевтической и социальной работы, достигнутых на предшествующих этапах. Это, прежде всего, восстановление физического состояния здоровья, формирование устойчивой мотивации, закрепление навыков самоконтроля, оценки критериев принятия решения и их практической реализации, нормализация коммуникативных способностей, стремление к самоактуализации, трудовой деятельности, учебе, устойчивой ценностной ориентации, социальной нормативности.

Кроме этого, на этом этапе важно подготовить резидента к выходу из реабилитационной программы и закрепить навыки самостоятельной жизни, оказать помощь в планирование дальнейшей жизни без употребления наркотиков. Происходит постепенное сокращение применения к резиденту режимных ограничений и санкций. Проводится оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

#### **Постреабилитационный этап.**

На практике несовершеннолетний возвращается в свою собственную родительскую семью. При этом критически важной становится способность семьи стать для несовершеннолетнего продолжением реабилитационной среды. Необходимо нейтрализовать возможные семейные условия, определяющие формирование и поддерживающие наркотизацию.

Если проживание в реальных условиях преждевременно или опасно для несовершеннолетнего, даже после реализации в контексте основной программы реабилитации различных форм работы с семьей и ближайшим окружением,

мероприятий по ресоциализации и т.д., желательно, чтобы ему была предоставлена возможность участия в постреабилитационной программе. Программы сопровождения после окончания основного этапа реабилитации являются частью программы социальной реинтеграции резидента в общество. Выход из реабилитационного центра для большинства резидентов является очень трудным, зачастую болезненным опытом.

Сталкиваясь с проблемами, которые были у них до поступления в центр, многие из них думают о том, что они совсем не изменились за время нахождения в программе реабилитации. Возникают трудности с получением работы или учебы, возникает чувство одиночества и потерянности, связанные с ощущением того, что не всегда можно доверять людям. Резиденты во многом теряют то ощущение поддержки и заботы, которые им давала структурированная жизнь в реабилитационном центре. Соответственно, они нуждаются в дополнительной помощи и поддержке со стороны персонала реабилитационной программы, которая должна соответствовать работе по «программе выхода». Несмотря на то, что несовершеннолетний и по завершению основной программы реабилитации, всегда должен иметь принципиальную возможность вернуться в реабилитационную структуру или посещать ее время от времени, например, в выходные и каникулярные дни, главное содержание программ выхода - работа с реальной жизненной ситуацией и средой пациента.

Существует два типа программ выхода:

1. Резиденты продолжают жить в реабилитационном центре, постепенно налаживая социальные связи и контакты. В этом случае с бывшими резидентами работает тот же персонал, что и в реабилитационном центре.

Преимущества такой программы:

- Резиденты не сталкиваются одновременно с проблемами жилья, адаптации к семейной ситуации, и вопросами учебы или работы.
- Персонал остается тем же самым.
- Резиденты, находящиеся в программе реабилитации, имеют тесный контакт с резидентами программы выхода и учатся на основе их опыта.

Недостатки такой программы:

- Персонал реабилитационного центра может испытывать определенные трудности в результате смены «родительской» роли на роль советника и консультанта и может продолжать лечить бывших резидентов в соответствии со стационарной программой реабилитации.
- Резиденты программы выхода могут испытывать недостаток в социальных связях и контактах, замыкаясь на опыте жизни в реабилитационном центре.
- Процесс инициации в самостоятельную жизнь затягивается на более длительный срок

2. Резиденты живут отдельно, в так называемых «домах на полпути», которые имеют свой собственный штат сотрудников.

Преимущества такой программы:

- Происходит ясный отрыв от системы жизни в реабилитационном центре и его субкультуры.

- Персонал программы выхода взаимодействует с бывшими резидентами исходя из ролей помощников и консультантов на равном уровне.
- Клиенты получают возможность более широких контактов с внешней средой (друзья, родители и т.д.) и получают возможность более самостоятельного поведения.

Недостатки такой программы:

- Происходят достаточно резкие изменения в образе жизни резидентов.
- Резиденты снова должны проходить сначала следующий этап реабилитации, выступая в роли новичка.

Для определения программы выхода большое значение имеет месторасположение реабилитационного центра. Если он находится за городом, то оптимальнее будет использование «дома на полпути», находящегося в городе. Если центр в городе, то лучше использовать программу выхода непосредственно на его базе.

Наиболее распространенная проблема, которая может возникнуть у резидентов на этапе выхода из реабилитационной программы – это трудности, связанные с жизнью вне безопасного пространства реабилитационного центра, где резидент имел четко структурированное время и практически не был в одиночестве. Часто это может выражаться в симптомах депрессии вскоре после выхода из центра. Кроме этого, часто, особенно у молодежи, возникает желание отбросить опыт проживания в центре и идти своей собственной дорогой, так как ценности и нормы жизни в реабилитационной среде зачастую противоречат социальной реальности, с которой сталкиваются резиденты. На этом этапе очень важно проводить индивидуальное консультирование с бывшими резидентами по разрешению возникающих трудностей.

Фаза выхода из программы может продолжаться несколько месяцев и включает в себя несколько этапов:

1. Бывший резидент работает как помощник персонала в программе реабилитации и на подсобных работах в реабилитационном центре. Кроме этого, резидент должен определенное время учиться либо работать (на добровольных началах – в качестве стажировки) вне стен центра, налаживая и восстанавливая социальные связи.
2. Резидент работает (бесплатно - в качестве ученика) и учится вне стен реабилитационного центра в течение нескольких недель, постепенно подыскивая себе с помощью социального работника оплачиваемую работу, образовательное учреждение и т.д.
3. Резидент начинает самостоятельную, независимую жизнь вне стен центра и «дома на полпути».

Таким образом, программа выхода развивается в направлении все более частых и длительных (до нескольких дней) выходов из центра, используется возможность работы или продолжения обучения вне центра, активно налаживается система социальной и психологической поддержки (наблюдение в подростковом центре, включение в амбулаторные программы поддержки резидента, работа с семьей и ближайшим окружением и т.д.).



## **Заключение**

В настоящее время наша страна переживает наркотический бум, справиться с которым только врачам абсолютно невозможно. Количество наркотиков, заполонивших общество, едва ли поддается подсчету. Под угрозой будущее целого поколения, поскольку среди употребляющих наркотики - подростки составляют значительную часть, медико-психо-социальная реабилитация является важнейшей и необходимой частью лечебного и реабилитационного процесса. В нашей стране отсутствуют как специализированные резидентные (стационарные) реабилитационные центры для наркозависимых подростков, так и разработанные именно для них комплексные программы реабилитации. В Программе обобщен и адаптирован к нашим условиям большой опыт аналогичной работы в ряде зарубежных стран. С позиций современной парадигмы био-психо-социальной концепции болезни, сменившей традиционную биомедицинскую модель, как в процессе терапии, так и в процессе реабилитации наркозависимых пациентов необходимо учитывать самый широкий спектр социально-психологических факторов, участвующих в этиологии и патогенезе заболевания.

Программа реабилитации наркозависимых подростков является системной и этапной программой; она опирается на научный фундамент современных знаний психологии, наркологии, социологии, положения философии, знания юридических аспектов проблемы наркозависимости;

Основная идея Программы построена с учетом индивидуальных потребностей и нужд наркозависимых подростков. Предполагается создание реабилитационной среды, аналогичной семейным взаимоотношениям с соответствующим распределением ролей и обязанностей, - направленной на обеспечение максимальной возможностей для эмоционального и эстетического развития. Таким образом, комплекс методов весьма широк и включает в себя влияние на поведенческую, эмоционально-волевою, интеллектуальную, духовно-нравственную, профессионально-образовательную и социальную сферы. Большое внимание уделяется работе с семьей.

Отличительной особенностью программы является отсутствие необходимости мотивации на реабилитацию, которая создается в процессе реализации программы, что позволяет оказывать помощь подросткам с исходным низким уровнем мотивации. Эффективность процесса реабилитации повышается также включением в реабилитационную программу социально-психологических тренингов.

Данная программа может быть применена в реабилитационных центрах для наркозависимых подростков и в системе Министерства здравоохранения и в системе Министерства образования, как целиком, так и частично, а также являться основой для создания других реабилитационных программ и может быть использована в учебном процессе ВУЗов, а также при постдипломном обучении психиатров, наркологов, психологов и социальных работников.

## **Литература**

1. Алиева М.А. и др. Я сам строю свою жизнь. СПб., 2000.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. М., 1996.
3. Аллан Дж. Ландшафт детской души. СПб., 1997.
4. Арнелл А. Когда мама или папа пьют. Б/г.
5. Большаков В.Ю. Психотренинг. Социодинамика. Упражнения. Игры. М., 1994.
6. Бородкин Ф.М., Коряк Н.М. Внимание, конфликт. Новосибирск, 1983.
7. Вачков В.И. Основы технологии группового тренинга. М., 1999.
8. Григорьева Т.Г. Основы конструктивного общения. В 3 частях. Новосибирск, 1997.
9. Гриндер А., Бендлер М. Из лягушек в принцы. Новосибирск, 1990.
10. Данилин А.Г., Данилина И.В. Как спасти детей от наркотиков. Серия «Врачи предупреждают». М., изд-во Центрполиграф, 2000.
11. Девиантное поведение подростков. Профилактика и реабилитация. М., 1999.
12. Желдак И.М. Искусство быть семьей. Минск, 1998.
13. Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Растяников П.В. Диагностика и развитие компетентности в общении. М., 1990.
14. Зимбардо Ф. Застенчивость. СПб., 1996.
15. Клюкина И.А. и др. Я в этом мире. СПб., 1998.
16. Козлов Н.И. Лучшие психологические игры и упражнения. М., 1997.
17. Коломинский Я.Л. Психология детского коллектива. М., 1984.
18. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. М., 1997.
19. Конфликт и общение. Кишинев, б/г.
20. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. Авт.-сост. Дудко Т.Н., Мин. Обр. РФ, М., 2001.
21. Коротаяева Е. Хочу, могу, умею. М., 1997.
22. Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. Екатеринбург. Изд-во Уральского Гос. Ун-та. 1997, 221стр.
23. Марасанов Г.И. Социально-психологический тренинг. М., 1998.
24. Наркомания: Избавление от зависимости, лечение, профилактика. Авт.-сост.. Петров В.И. Минск, Современный литератор, 1999. 320 стр.
25. Панферов В.Н. Психология человека. Учебное пособие. Изд-во Михайлова В.А., Санкт-Петербург, 2000, 156 стр.
26. Петровская Л.А. Компетентность в общении. М., 1989.
27. Попов Ю.В., Вид В.Д. современная клиническая психиатрия. М., 1997.
28. Применение методики ДИАТРЕЖ в психокоррекционной работе... Магнитогорск, 1994.
29. Прихожан А.М. Психология неудачника. М., 1996.
30. Прутченков А.С. Свет мой зеркальце, скажи... М, 1996.
31. Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг межличностного общения. М., 1991.
32. Психология общения. Йошкар-Ола, 1996.
33. Рейнуотер Д. Как стать собственным психотерапевтом. М., 1992.
34. Руководство практического психолога. М., 1995.
35. Трансформация личности: нейролингвистическое программирование. Одесса: Хаджибей, 1995. 352 с.
36. Фопель К. Как научить детей сотрудничать. Вып. 1-4. М., 1999.
37. Фопель К. Психологические группы. М., 2000.

38. Ханиган П. Молодежь, испытывающая трудности. М., изд-во «Интердиалект+», 1999.
39. Цукерман Г.А. Психология саморазвития. М., 1995.
40. Чистякова М. Психогимнастика. М., 1995.
41. Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». М., 1997.
42. «Школьный психолог» (газета), 1997-2001 г.г.
43. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Чересмин О.В. Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии.// Саморазрушающее поведение у подростков: сб. научных трудов.// Л. н.-и. психоневрологич. ин-т им. В.М. Бехтерева. Под ред. А.Е. Личко. 140 стр.
  
44. Adoloscence Drug Abuse: Analyses of treatment Research  
Editors: Elizabeth R. Rahdert. Ph.D; John Grabovski, Ph.D. 1988/94 – 139 pp.
45. Adoloscence Drug Abuse: Clinical Assesment and Theraputic Interventions  
Editors: Elizabeth R. Rahdert. Ph.D; Dorynne Czechowice M.D. 1995 – 364 pp.
46. Alexander, J., and Parsons, B.V. Functional Family Therapy. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1982. 188pp.
47. Azrin, N.H., and Basalel, V.B. Finding a Job. Berkeley, CA: Ten Speed Press, 1982. 159pp.
48. Blechman, E.A. Solving Child Behavior Problems at Home and at School. Champaign, IL: Research Press, 1985. 283pp.
49. De Leon, G. The Therapeutic Community: Study of Effectiveness. DHHS Pub. No. (ADM)84-1286. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1984.
50. Hubbard, R.L.; Cavanaugh, E.A.; Craddock, S.F.; and Rachal, J.V. Characteristics, behaviors and outcomes for youth in the TOPS. In: Friedman, A.S., and Beschner, G.M., eds. Treatment Services for Adolescent Substance Abusers. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1985.
51. Jainchill, N., and DeLeon, G. "Adolescent Drug Abusers in TCs: A Preliminary Study." Final report of project activities under National Institute on Drug Abuse grant no. RD1-OA0512, 1992.
52. Kooyman M. The therapeutic community for addicts. Amsterdam, 1993.
53. Pompei, R.F. Adolescents in therapeutic communities: Retention and post-treatment outcome. In: Tims, P.M.; DeLeon, G; and Jainchill, N., eds. Therapeutic Community: Advances in Research and Application. National Institute on Drug Abuse Research Monograph No. 144. NIH Pub. No. 94-3633. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1994.