

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зам. зав. кафедрой  
канд.пед.наук, доцент  
\_\_\_\_\_ Н.М. Полевая  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему:Медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической за-  
висимостью (на примере ОГУЗ «Амурский областной наркологический дис-  
пансер»)

Исполнитель  
студент группы 361об

Е.А. Маляр

Руководитель  
доцент, канд.пед.наук

Л.Л. Романова

Нормоконтроль  
доцент, канд.пед.наук

Л.Л. Романова

Благовещенск 2017

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет \_\_\_\_\_  
Кафедра \_\_\_\_\_

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зам. зав. кафедрой  
канд.пед.наук, доцент  
\_\_\_\_\_ Н.М. Полевая  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ЗАДАНИЕ**

К бакалаврской работе студента \_\_\_\_\_

1 Тема бакалаврской работы (проекта) \_\_\_\_\_

(утверждено приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

2 Срок сдачи студентом законченной работы \_\_\_\_\_

3 Исходные данные к бакалаврской работе: \_\_\_\_\_

4 Содержание бакалаврской работы (перечень подлежащих проработке вопросов):

5 Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц графиков, схем, программных продуктов, иллюстрированного материала и т.п.) \_\_\_\_\_

6 Консультанты по бакалаврской работе (с указанием относящихся к ним разделов)

7 Дата выдачи задания \_\_\_\_\_

Руководитель бакалаврской работы (проекта) \_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество, ученная степень, ученное звание

Задание принял к исполнению (дата): \_\_\_\_\_

## РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 94 с., 2 таблицы, 4 рисунка, 46 источников, 3 приложения.

### АДДИКЦИЯ, НАРКОМАНИЯ, ЗАВИСИМОСТЬ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, НАРКОЗАВИСИМЫЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Актуальность объясняется тем, что на протяжении последнего столетия наркомания стала общественно-важной проблемой глобального масштаба. Развитие наркологических болезней происходит у человека и как у члена макросоциума, и в тоже время как члена микросоциума. Большая часть наркотически зависимых людей, прежде всего, молодое поколение нашей страны. Подростковая и даже детская наркомания – является устойчивой базой для развития наркомании и увеличения оборота наркотических средств, а значит и обогащения представителей данного преступного бизнеса, для которого жизнь человека – ничего не стоит в погоне за материальной обеспеченностью.

Цель исследования состоит в изучении медико-социальной работы с лицами, страдающими наркологической зависимостью, в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер».

Для достижения поставленной цели была дана общая характеристика лицам, страдающим наркотической зависимостью, рассмотрена медико-социальная работа с лицами страдающими наркотической зависимостью, проведен анализ медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» и разработаны рекомендации по совершенствованию деятельности.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1 Общая характеристика лиц, страдающих наркотической зависимостью	9
1.1 Наркозависимость как один из видов аддикции	9
1.2 Лица, страдающие наркотической зависимостью: понятие, категории, социальный статус	18
2 Медико-социальная работа с лицами страдающими наркотической зависимостью	28
2.1 Формы, методы, принципы, медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью	28
2.2 Технологии медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью	32
3 Анализ медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер»	38
3.1 Анализ медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью осуществляемой в ОГУЗ «Амурский наркологический диспансер»	38
3.2 Рекомендации по оптимизации медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, в ОГУЗ «Амурский наркологический диспансер»	49
Заключение	59
Библиографический список	63
Приложение А Программа исследования реабилитации лиц, имеющих наркотическую зависимость	67
Приложение Б Программа терапевтического тренинга	78
Приложение В Программа тренинга работы с родственниками наркозависимых	90

## ВВЕДЕНИЕ

Во второй половине XX века такие понятия как «наркомания», «наркотики», «наркоман» стали особой частью общественной жизни. Наркомания сегодня – это глобальная проблема и социально-биологическая угроза всему человечеству. Это своего рода наглядный пример социальной патологии, уносящей жизни тысяч людей, зачастую естественных. В настоящее время наркомания – это целая область медицины. В стране открыты сотни разнообразных наркологических клиник и лечебных центров.

На современном этапе развития общества наркомания считается самой доходной сферой преступного бизнеса, который приобрел международный масштаб. Наркотики – прямая угроза генофонду.

Для современного поколения граждан нашей страны, к большому сожалению, наркомания стала обиходным понятием. Получили широкое распространение всяческие программы, тренинги, общества и комитеты по борьбе с наркотиками. Цели направления в искусстве связаны с наркоманией, например, «психоделия» или «acid». Наркомания не подлежит сравнению с алкоголизмом или рядом психических заболеваний, являясь смертельной угрозой современному обществу.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что на протяжении последнего столетия наркомания стала общественной важной проблемой глобального масштаба. Если раньше наркоманией занималась лишь только психиатрия, то сегодня – это отдельная область медицины, требующая постоянного комплексного изучения, с внедрением современных научных исследований и разработок. Неутешительны статистические показатели, гласящие о тенденции увеличения гра-

жданупотребляющихразнообразныенаркотическиесредства.Особеннопопулярнысинтетическиенаркотики. Развитие наркологических болезней происходит у человека и как у члена макросоциума, и в тоже время как члена микросоциума. Ролевые сдвиги среди членов социальной среды пациента превращаются в систему сильных патологических связей между пациентами и их средой, в первую очередь его семью, которая приобретает характер особой деформационной позиции поведения и психоэмоционального состояния всех членов ближайшего окружения – дети, супруги, родители и т.д. Данный социально-психологический феномен именуется созависимостью и требует специальных своевременных мер для его исправления и устранения.

Большаячастьнаркотическизависимыхлюдей,преждевсего,молодоепоколениенашейстраны.Подростковаяидажедетскаянаркомания– являетсяустойчивойбазойдляразвитиянаркоманиииувеличенияоборота наркотических- средств,азначитиобогащенияпредставителейданногопреступногобизнеса,длякоторогожизньчеловека–ничегонестоитвпогонезаматериальнойобеспеченностью.

Разработка проблемы наркомании в нашей стране шла в разных направлениях. Глубокий научный анализ теоретических и методических вопросов профилактики молодежной наркомании дан в работах С.В.Березина, К.С.Лисецкого, Р.Х.Шакурова, Р.Р.Гарифуллина, Е.С.Меньшиковой, И.И.Хажилиной, Ю.А.Свеженцевой, Д.А.Головченко, И.П.Рущенко, В.Н.Кузьмина, Н.А.Сирота, В.М.Ялтонского, Н.С.Видермана, А.Н.Гаранского, Я.И.Гилинского, Ю.В.Верминенко, В.Н.Келасьева, В.Ю.Юнака. Влияние биологических, психологических, социальных факторов на изменение структуры личности исследовано в работах И.Ж.Калашникова, А.Ю.Антропова, Н.Г.Идрисовой, Н.В.Крыловой и др.).Проблема самосознания и Я-концепции в контексте наркозависимости личности исследована А.Ф.Рахимовой, О.Н.Маренич, Е.В.Свистуновой и др. Разработаны программы оказания помощи наркоманам (Ю.В.Валентик, С.А.Игумнов, В.В.Шабалина,

С.Б.Белогуров, С.Ю.Зефилов, А.Г.Софронов), система педагогических приемов профилактики наркоманий (Е.Е.Тонков, С.И.Каланцев, А.И.Шатило, Л.М.Шипицына, Е.И.Казакова, В.М.Сорокин, Н.И.Алешкин, О.В.Защиринская, Л.П.Николаева, Д.В.Колесов и др.), учебные программы подготовки специалистов по профилактике наркомании в системе высшего образования (Л.М.Шипицына, Л.С.Шпильень, А.Ю.Егоров, В.М.Сорокин, И.В.Добряков).

Анализ имеющихся разработок по проблеме наркомании показал явный перевес в сторону решения этой проблемы для тех, кто уже является наркоманом, и явно недостаточно исследованной остается проблема профилактики употребления наркотиков в раннем подростковом возрасте.

Новизна исследования состоит в том, что в нем сформирован портрет наркомана, структурирован теоретический материал по основам медико-социальной работы с лицами, страдающим наркотической зависимостью.

Теоретическая и практическая значимость проведенного исследования состоит в том, что материалы исследования, положения и выводы, сформулированные в нем, создают основу для дальнейших междисциплинарных исследований проблемы наркомании и основных направлений ее профилактики. Практическая значимость работы заключается в том, что феномен наркомании разбирается на высоком теоретическом уровне, ее основные выводы могут быть использованы в качестве методологических рекомендаций в реальной практике борьбы с наркоманией. Кроме того, материалы и результаты исследования могут быть использованы при подготовке лекционных курсов, спецкурсов, семинарских занятий по ряду учебных дисциплин как медицинского, так и социально-культурологического профилей, а также в научно-исследовательской работе.

Объектом исследования выступают лица, страдающие наркотической зависимостью.

Предмет исследования – медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью.

Цель исследования состоит в изучении медико-

социальной работы лицами, страдающими наркотической зависимостью, в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер».

Для достижения поставленной цели требовалось решить следующие задачи:

- 1) дать общую характеристику лицам, страдающим наркотической зависимостью;
- 2) медико-социальная работа лицами, страдающими наркотической зависимостью;
- 3) провести анализ медико-социальной работы лицами, страдающими наркотической зависимостью, в ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» и разработать рекомендации по совершенствованию деятельности.

Методы исследования включали теоретический анализ, обобщение и интерпретацию научных данных, имеющих в основах социальной работы по изучаемой проблеме. Эмпирическое исследование включало методы ассоциативного эксперимента, анкетирования, обобщение и сравнение.

# 1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

## 1.1 Наркозависимость как один из видов аддикции

Согласно определению, данному в национальном законодательстве, наркоманией называется заболевание, обусловленное психической или (и) физической зависимостью от наркотических средств, психотропных веществ, аналогов. Больной наркоманией – это физическое лицо, в отношении которого медицинским учреждением установлен диагноз «наркомания». В современной научной литературе оперируют не термином «наркомания», а понятием аддикции (зависимости) от различных психоактивных веществ (включая алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, никотин и другие). Название «психоактивные вещества» говорит само за себя – при употреблении средств, относимых к группе психоактивных, происходит изменение работы центральной нервной системы, таким образом, психоактивное вещество – это любое химическое вещество, способное вызывать изменения психических процессов, настроения, поведения, физического состояния, восприятия себя и окружающего, а при систематическом приеме вызывать психическую и физическую зависимость. К этой группе относятся как абсолютно легальные вещества (алкоголь, никотин, кофеин), так и вещества, отнесенные к списку наркотических веществ (героин, амфетамин, каннабиноиды и другие) [5].

Аддиктивное поведение (аддикция) представляет собой ничто иное, как пагубную привычку, склонность к чему-либо, пристрастие – это форма деструктивного поведения и/или злоупотребления разнообразными веществами, которые изменяют психическое состояние до того, как сформируется физическая

зависимость. Иными словами, целесообразно утверждать, что аддиктивное поведение и патологическая склонность являются синонимами[8].

Аддиктивное поведение – это попытка убежать от реальности, изменив свое психическое состояние, обеспечивая мнимую безопасность и эмоциональный комфорт. Как правило, такая псевдожизнь постепенно начинает доминировать над реальностью, вытесняя ее. Волевые качества индивида ослабевают и прекращают функционировать в качестве тормоза на пути к простейшему удовольствию[8].

Следует отметить, что зависимые люди зачастую отличаются довольно низкой степенью переносимости различных стрессовых ситуаций, однако существуют и такие, которые наоборот способны испытывать напряжение сутками, если это необходимо для осуществления зависимого поведения. Человек постоянно балансирует между стремлением к господству, из-за жесткости защиты своих интересов и общественным отчуждением, что, в конечном счете, влечет за собой развитие различных конфликтных ситуаций.

Переход к «другим мирам» используется человеком как иллюзорный способ разрешения конфликтов, возникающих в его повседневной реальной жизни. Зависимый человек предпочитает избегать проблем в качестве основного способа их преодоления, в соответствии с принципом «с глаз долой – из сердца вон». Человек не может существовать без своей зависимости, он заменяет ей все и всех кто его окружает – родные и близкие друзья; настоящие эмоции и чувства. По истечению некоторого времени зависимость становится центром существования человека, она поглощает его мысли, чувства, эмоции, отбирает жизненные силы. Человек уже не может заниматься чем-то другим, получать удовольствие другим способом. Иными словами, мир реальной жизни оказывается закрыт для него.

Как правило, зависимость проявляется в определенной узости и избирательности сознания, так как все, что не связано с ней, зачастую не попадает в поле зрения человека, отвергается просто как бессмысленная и лишняя эмоциональности информация.

Критерии зависимости следующие [2]:

- 1) игнорирование ранее существенных событий и действий, как результат зависимо го поведения;
- 2) распад предыдущих отношений и связей, изменение значимой среды;
- 3) враждебное отношение и непонимание со стороны самых близких для зависимо го человека людей;
- 4) скрытность или раздражительность, в ответ на общественную критику и осуждение;
- 5) чувство вины или беспокойства по поводу собственной зависимости;
- 6) безрезультатные попытки избавиться от зависимости.

Наркотическая зависимость – болезненное состояние, непрерывная потребность организма в потреблении различных психотропных веществ [11].

Вещества или лекарственные средства, которые обладают способностью специфического действия на центральную нервную систему (стимулировать, вызывать эйфорию, изменять восприятие окружающего) называются наркотическими [11].

Употребление лекарственных средств в веществ, неотнесенных к наркотическим, но также изменяющих психологическое сознание человека и его поведения называется токсикоманией [11].

Разнообразие токсичных веществ поражает: это и фармацевтически препараты такие как: анальгетики, транквилизаторы, снотворные, стимуляторы; и даже всячески и технически растворители и средства бытовой химии [11].

В настоящее время причина привыкания к наркотическим и токсическим веществам изучена недостаточно. Указывают на значение в генезе заболевания нарушения окислительных процессов

ов, обмена катехоламинов, изменение содержания ацетилхолина и холинэстеразы, и нарастающее истощение нейромедиаторных систем, что в целом вызывает нарушение биохимических механизмов мозга. Самолечение также может явиться причиной самовольного применения разнообразных психотропных веществ, например, анальгетиков, снотворных, седативных препаратов. Что касается молодого поколения начинающих наркоманов, первоочередным стимулом к употреблению психотропных веществ становится банальное любопытство или стадническое поведение, подражание друзьям. Такие средства как морфин, барбитураты, седативные препараты, оказывающие тормозящее влияние на центральную нервную систему человека, используют с целью расслабления, устранения излишнего напряжения. Кокаин, гашаиш, амфетамины являются стимуляторами центральной нервной системы, поэтому их, как правило, принимают с целью возбуждения, ощущения уверенности в себе, самостоятельности в принятии решений и т.д. Надежду на самореализацию в познании окружающего мира, творчестве, на возможность общения с неземными существами дают галлюциногены.

Причины, которые способствуют росту наркологической зависимости, достаточно разнообразны и в большинстве случаев индивидуальны. К основным из них относятся [20]:

1. Физиологические причины возникновения наркомании. Для эффективного изучения такой вредной зависимости, как наркомания, необходимо, прежде всего, тщательно исследовать глубины центральной нервной системы человека. Проблемами патологических зависимостей занимаются ученые всего мира. Результаты проделанной ими работы потрясающие. Доказано, что на эмоциональное состояние и настроение человека значительное влияние оказывает протекающий в головном мозге биохимический обмен. К усилению чувства страха, чрезмерной раздражительности, затяжным депрессиям приводит недос-

таточная выработка нейромедиаторов, которые являются важной частью биохимического обмена в головном мозге человека. К внешним признакам проявления данного процесса относятся такие характеристики как, чрезмерное эмоциональное напряжение, тревожные предчувствия, навязчивые идеи, состояния и др. В такой ситуации организм пытается всеми силами справиться с возникшей психологической нагрузкой, помочь человеку избавиться от неприятных чувств. К сожалению, во многих подобных случаях человек находит решение данной проблемы в употреблении наркотических веществ.

Чувство эйфории, умиротворения и покоя после употребления наркотиков, ученые объясняют тем, что они заполняют свободное из-за нехватки нейромедиаторов пространство.

2. Психологические или социальные причины возникновения наркомании  
Их, в свою очередь, классифицируют по ряду направлений:

1. Неблагоприятный климат в семье. Рассмотрим на примере подросткового возраста. В данном конкретном случае негативно сказывается недостаток должного воспитания, внимания со стороны старшего поколения или же, напротив, чрезмерная родительская опека, которая мешает «самостоятельности» подростка, проявления его как самодостаточной личности.

2. Любопытство. Во многих случаях, человек первый раз пробуя наркотическое вещество, просто удовлетворяет возникший интерес, до конца не осознавая, что именно это и есть первый шаг в пропасть наркотической зависимости. Инициатором данного эксперимента очень часто становится близкое окружение, с подачи друзей.

3. Подражание кумирам. В настоящее время средства массовой информации и Интернет переполнены новостными сообщениями о том, что та или иная звезда употребляет наркотики. Поэтому многие молодые фанаты подвержены подражательству своим любимым кумирам.

4. Нигилизм семейный и общественный. Подростковый возраст обычно характеризуют как самый трудный период становления личности. Это время резких смен настроения, чрезмерной агрессии и протестного настроения. Под-

ростку необходим пример для подражания, для того, чтобы самоутвердиться перед сверстниками и взрослыми, как Личность. В большинстве случаев это приводит несовершеннолетнего в плохую компанию, в которой употребление алкоголя и наркотических средств становится нормой.

5. К другим социальным причинам роста наркотической зависимости относятся следующие[18]:

- полное отсутствие ответственности и недостаток дисциплинированности;
- кризис общественных и гражданских ценностей;
- негативное влияние аспектов асоциальной культуры;
- скрытая асоциальная пропаганда моральных и этических норм поведения;
- многообразие внутренних противоречий;
- личная неудовлетворенность и неуверенность в себе;
- стремление самоутвердиться в лице старшего поколения и сверстников;
- не достаточный интерес к здоровому образу жизни или полное его отсутствие;
- не достаточная эффективность профилактической работы дошкольных и подростковых организаций и молодежных формирований;
- чрезмерный интерес к примерам аморального образа жизни.

Проблема наркомании, как и любая другая, возникает там, где есть столкновение интересов. Иначе говоря, сама проблема наркомании по определению – это столкновение двух противоположных интересов. Есть противостоящие силы – есть проблема. Существует несколько таких противостоящих пар, при столкновении, которых возникает проблема наркомании. В первом случае – это желание человека расслабиться, получить удовольствия, не думая о возможных негативных и губительных послед

ствиях. Во втором случае – это стремление добиваться этого удовольствия, нанося неисправимый вред себе и обществу. В третьих – стремление материального обогащения, уничтожая чужое здоровье и даже жизнь. Данные противоположные пары усилий создают столкновение и на этой почве, зачастую, возникает проблема наркомании [26].

В нашей стране наркомания как социальная проблема может быть решена, только если борьба с этим недугом будут привлечены все слои населения. Наравне с представителями педагогического образования, постоянно проводящими профилактические меры наркомании среди подрастающего поколения, очень важен родительский контроль, который очень часто в силу постоянной занятости, проявляется в отношении подростка в недостаточном объеме [26].

Попадая в плохую компанию, молодой человек своего города делает шаг в «бездну», которая влечет за собой наркотическую, токсическую или алкогольную зависимость, разрушающую организм. Таким образом, профилактика наркомании в молодежной и подростковой среде, может быть достаточно эффективна только лишь, в случае, если она одинаково настойчиво вводится на всех уровнях воздействия и охватывает все этапы социализации и становления личности.

Исходя из многочисленных статистических данных, употребление наркотических средств в подростковом возрасте затягивает человека в несколько раз сильнее, чем, если он начнет употреблять наркотики, будучи уже взрослым. Молодой организм еще недостаточно окреп. Подростковый возраст опасен еще и тем, что для него, как правило, характерна максимализм. Поэтому среди молодых людей, употребляющих разное количество психотропных

ещест-

ва, большой процент передозировок. Употребление чрезмерных доз наркотических веществ подростка-

ми, объясняется их неопытностью и депрессивного синдрома в тяжелый период переходного возраста.

В настоящее время-

к сожалению, основной процент смертности по причине наркотической интоксикации приходится именно на молодое поколение граждан нашей страны [26].

Проблематичность борьбы с наркоманией заключается в том, что этим недугом в большей мере заражены слои насе-

ления, неспособные защитить себя психологически. Другими словами, человек, имеющий возможность учить-

ся, работать, кормить семью, иметь дом является социально защищенным, поэтому никто из них не станет употреблять наркотические вещества, у него есть цель жизни, и нет смысла ее губить таким способом [26].

Напротив, те люди, которые по каким-

либо причинам лишены возможности нормального существования в обществе, часто обращаются к наркоти-

кам, чтобы создать для себя иллюзию жизненного удовлетворения и спокойствия, хотя бы кратковремен-

ную. Статистика по всему миру доказывает, что употреблением и распространением наркотических и токсических средств в большей степени занимаются люди, которые не имеют возможности существовать иначе.

Но наркомания излечи-

ма, и об этом следует помнить. Нельзя ставить точку на оступившихся людях, которые выбрали неправильный-

путь. Ведь сущность наркомании, как и самого наркомана, в слабости характера и неспособности самоконтроля и борь-

бы. А это говорит о том, что данная категория граждан нуждается в помощи.

В настоящее время такая глобальная проблема как, наркомания, нуждается в не

замедлительных эффективных мерах по искоренению. Однако сегодня можно уверенно сказать, что пока в данной области не достигнуты необходимые результаты, так как проводятся малоэффективные мероприятия с ограниченным бюджетом, приносящие минимальный положительный эффект, которого недостаточно. Такую социальную проблему как наркомания следует решать на всех уровнях социализации личности, начиная с воспитательных и профилактических мер в семье и заканчивая учреждениями образования. В некотором смысле наркомания сегодня – это социально-педагогическая проблема, потому что она охватывает в большей степени молодое поколение граждан. С каждым годом возраст среднестатистического наркомана в нашей стране становится все меньше [26].

Для современного этапа развития общества характерно полное отсутствие эффективной пропаганды здорового образа жизни без наркотиков. Особо привлекательной для молодого поколения граждан сегодня является определенная наркотическая субкультура. Учеными уже давно доказан тот факт, что употребление наркотических веществ в подростковом возрасте способствует быстрому развитию наркотической зависимости. Болезнь протекает достаточно тяжело, степень ее разрушительного воздействия на молодой организм достаточно велика. Менее эффективными являются разного рода профилактические, коррекционные и реабилитационные программы [26].

Наркомания – это медико-социальная проблема, оказывающая влияние на уровень заболеваемости и смертности. Очень высок риск заражения СПИДом среди наркоманов. Наркомания – трудноизлечимое заболевание, зачастую приводящее к необратимым последствиям. Летальный исход среднестатистического наркомана наступает в возрасте до 25 лет, а после регулярного начал

а приема психотропных веществ живут не более 4-х лет [33].

Большинство наркотически зависимых граждан, даже если им удается побороть свое заболевание, в результате очень часто остаются инвалидами.

Также негативным последствием наркомании относятся динамика суицидных явлений среди молодого поколения и резкое увеличение количества преступных деяний, совершенных лицами, даже не достигшими совершеннолетия. В настоящее время нездоровое увлечение наркотиками криминализирует наше общество. А использование общехищников, игл при введении наркотических средств ведет к распространению смертельных заболеваний гепатита и ВИЧ-инфекции. Но сами наркоманы редко обращаются за медицинской помощью, поэтому различные патологии у данной категории общественно опасных граждан выявляются очень редко, и, соответственно, в основном не лечатся, представляя огромную опасность для окружающих. Трудности в эффективном лечении заболеваний наркоманов возникают в первую очередь по причине запущенности заболеваний и травм. Поведение человека напрямую зависит от благосостояния общества, и условия общественной жизни значительно определяют его взгляды и убеждения. Наркомания сегодня – это форма девиантного поведения, которая ставит под угрозу будущее нашей страны [17].

Доступность психотропных веществ является фактором, способствующим росту и развитию наркомании. В современном обществе нет даже психологической установки на здоровый образ жизни без наркотиков. Среди факторов, свидетельствующих о растущей численности наркотически зависимых в Рос-

сии, значатся данные о контингенте инфекционных, терапевтических, туберкулезных, хирургических, травматологических, онкологических, токсикологических и других отделений больниц, оказывающих помощь больным в связи с осложнениями, вызванными наркотизацией и алкоголизацией. Не охвачены статистикой беспризорные, среди которых употребление психотропных веществ зачастую является неотъемлемой частью бытия [10].

Таким образом, в настоящее время проблема наркомании в нашей стране решается достаточно неэффективно. Единичные энтузиасты-меченаты, религиозные и общественные организации неспособны решить эту проблему, тем более, если государственные представители не только не признают ее существование, а еще препятствуют организации приютов для таких детей, утверждая, что в стране подобной проблемы нет. Необходимой мерой против неутешительной тенденции роста наркомании среди граждан нашей страны, является увеличение количества анонимных кабинетов, реабилитационных центров, палат интенсивной терапии для оказания неотложной помощи наркотически зависимым.

## **1.2 Лица, страдающие наркотической зависимостью: понятие, категории, социальный статус**

Считают, что личность наркомана характеризуется неспособностью к систематической и напряженной деятельности, а также стремлением к удовлетворению своих индивидуальных целей, не требующих особых усилий и сопровождающихся чувством удовольствия. В данном случае первое употребление наркотического вещества

ва, особенно подростом, в последствии становится зависимостью, обычным проведением свободного времени. На основе стремления уйти от актуальной действительности при невозможности изменить ситуацию, происходит последующее формирование наркотической зависимости. Среди употребляющей наркотические и токсические средства молодежи, велик процент попыток суицида [41].

Общие закономерности процесса течения наркомании определяются следующими этапами: формированием психической зависимости, в результате которой прием психотропного вещества сопровождается чувством удовлетворения; утратой защитной реакции организма на прием токсической дозы наркотического препарата; развитием физической зависимости, в результате которой при прекращении действия наркотического вещества наступает «ломка» – синдром абстиненции [41].

Регулярно употребляя токсические или наркотические вещества, человек сам разрушает свой организм и деградирует как личность. У него пропадает всяческий интерес к общественной жизни, работе, развивается грубость, эгоизм, пренебрежение к семейным обязанностям, пропадает чувство ответственности, меняется характер и манера поведения. Мысли человека, находящегося в наркотической или токсической зависимости, постоянно заняты поиском нужного психотропного вещества. Ради этого, зачастую, зависимый человек готов на любые жертвы, вплоть до нарушения закона. Человек в короткие сроки изменяется внешне: формируется психическое и физическое истощение, цветиводный баланс кожных покровов и слизистых изменяется, развиваются анемия, заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта, центральной и периферической нервной системы [37].

Способность человека противостоять действию возрастающих доз наркотиче

ского или токсического препарата носит название толерантности. Последствия данного злоупотребления очень опасны. Это характеризуется чрезмерным употреблением психотропных веществ в огромных дозах, очень часто приводящих к отравлению, передозировке, судорожным припадкам излокачественно протекающих интоксикационных психозов, и даже к летальному исходу. Некоторые наркоманы для усиления эффекта наркотического опьянения сочетают употребление психотропных веществ с алкоголем, в разы, увеличивая степень губительного влияния на свой организм [37].

Клинические особенности действия наркотических и токсических препаратов разнообразны и зависят от их фармакологических свойств.

Психологическая тяга к наркотическим препаратам в самом начале воспринимается, как инструмент «кайфа». Современному наркоману перерастает в постоянную потребность поддерживать «нормальное состояние» наркомана [7].

Длительное отсутствие наркотической дозы вызывает мучительные «ломки», которые заставляют, в то чтобы ты не стал любимым путем найти наркотик. Итогом становится постоянный замкнутый круг жизни, смещая все остальное на второй план. У наркомана преобладает стадное чувство «друзей по несчастью» — най-таки, в то чтобы ты не стало, очередную порцию дозы или сам препарат. Психологическое и эмоциональное состояние человека, употребляющего наркотические средства, характеризуется непредвиденными перепадами настроения с резкими проявлениями депрессии [7].

Прежде всего, подобны перемены в настроении человека, находящегося в наркотической зависимости

сти, присущим молодым людям. Исходя из этого, родителям мирным необходимо серьезно отнестись к такому роду проявлениям эмоционального состояния подростка. Многие начинающие наркоманы достаточно пугливы, поэтому всечески пытаются скрыть факт употребления наркотиков. Необходимо внимательно и со всей долей ответственности относиться к резким переменам в поведении подростка, которые зачастую заметны, например, по активному увлечению специфической музыкой, которую наркоманы воспринимают, как психологический якорь.

Люди, употребляющие опиоидные наркотические средства страдают бессонницей: днем пят, а ночью естественно активны. По силе суженным зрачкам распознают наркоманов, принимающих героин. К другим проявлениям наркотического опьянения относят: беспричинный смех; бессмысленные, бессвязные высказывания; неуверенная походка и постоянно сонное выражение лица [7].

Так или иначе, все наркозависимые обладают характерными качествами личности, основными из которых выступают следующие [40]:

1. Чувственность, обидчивость. Низкая способность принимать, осмысливать и выражать свои чувства, безрезультативные попытки контролировать их и отказываться принимать себя, таким как есть.

2. Низкий уровень самопомощи, невозможность позаботиться о себе.

3. Довольно заниженная или, напротив, чрезмерно завышенная самооценка (что особенно ярко проявляется непосредственно в момент приема наркотических средств или сразу после него).

4. Нарушения взаимоотношений с ближайшим окружением, низкая степень сопротивляемости зависимости, непереносимость отказов, отрицательных ответов, что, как правило, является причиной или агрессивного или безразличного отношения близких.

В целом это можно охарактеризовать как чувство собственной бесполез-

ности, отказа, вины и гипертрофированной ответственности за все, происходящее вокруг.

Основными критериями степени наркозависимости являются[40]:

1. Больше или меньше наркотических средств стал употреблять зависимый за конкретный период времени (например: «до этого, было необходимо 5 колес, теперь достаточно 1» – положительный сдвиг, поскольку ему нужно меньше денег, снижается вероятность заражения, в меньшей степени поддерживает наркобизнес и т.д.).

2. Использует ли он другие стимуляторы помимо основного препарата (так или иначе, комбинирование наркотических средств – это всегда хуже – в том числе для здоровья наркомана).

3. Состояние физического здоровья (кожа, зубы, ногти, легкие, печень, центральная нервная система и т.д.).

4. Наличие психических осложнений (психоз, интеллектуальные расстройства, навязчивые страхи и т.д.).

5. Семейные и социальные показатели (внутрисемейная обстановка, семейное положение, наличие друзей и т.д.).

6. Взаимоотношения с законом (аресты, приводы, штрафы, криминальные записи в значительной степени влияют на здоровье наркомана – после временного вынужденного воздержания и тяжелого стресса наркоманы, как правило, существенно увеличивают дозы).

7. Работающий (безработный) – отношения с руководством, коллективом.

Огромное число различных исследований посвящено специфике личностной динамики при наркомании. Именно они позволяют создать обобщенный психологический портрет наркомана[19]:

1. Слабый или смешанный тип высшей нервной деятельности; преимущественно астеническое телосложение.

2. Гипотензивный или эмоциональный тип реагирования.

3. Характеристика – пассивность, мягкость характера, гибкость, развитое чувство вины; доброта и кротость, добросовестность, высокая лояльность и от-

ветственность; чрезмерная чувствительность к воздействию окружающей среды, нерешительность, робость, застенчивость, склонность к переносу принятия решений и ответственности на плечи других, беспокойство, подозрительность, настроение во многом зависит от отношения к нему окружающих, впечатлительность, склонность к глубокой привязанности, интровертированность, пессимистичность, склонность к фантазии, поиск признания, стремление к сотрудничеству; капризность, лживость, скрытая повышенная страсть к самореализации и склонность драматизировать существующие проблемы, желание всячески потакать собственным слабостям.

Обобщение вышеперечисленных характеристик создает образ человека, который лишен экзистенциального творчества, азарта.

Как правило, структуре личности наркозависимого также свойственны следующие характеристики[19]:

- уменьшенная интегративная функция «Я», мотивационная и эмоциональная нестабильность, эмоциональная незрелость;
- поиск покровителя или иными словами ведущая аффилиативная потребность;
- высокий уровень мотивации, чтобы избежать неудачи, страх неудачи и отсутствие надежды на успех;
- выраженная пассивная позиция, сильное «супер-эго»;
- нет необходимости в признании;
- выраженное желание скрыть эмоциональные и сексуальные переживания;
- пассивно-зависимый стиль межличностного поведения;
- выраженное желание убежать от конфронтации с сильными личностями в мире идеальных отношений, в мир фантазии, адаптироваться к коллективу, а также к отречению и разрушению самого себя;
- стиль мышления – объединение устных, аналитических и художественных наклонностей;
- в стрессовых ситуациях наблюдается блокировка и нерешительность;

– защитные механизмы: смещение или навязчивость, отказ от самореализации.

Из-за ослабленного самоконтроля и нарушения баланса противоположностей наркоманы имеют болезненную деформацию влечений, что, как правило, выражается в сужении спектра их проявления и острых характеристик, таких как: чрезмерная тревожность; болезненно выраженная инертность превращается в жадность; агрессивность, которая освобождается из-под контроля сознания, проявляет вспышки деструктивной враждебности; интроверсия превращается в аутичность, пассивность – в мазохизм; пессимизм трансформируется в депрессию, чувствительность – в ипохондрику, эмотивность – в импульсивное поведение. Прежде всего, все это указывает на то, что наркоманы фактически находятся в состоянии дезадаптации.

Выявленная деформация влечений и основные свойства личности в первую очередь непосредственно связана с формой их реализации в социальной и культурной жизни субъектов. Необходимо отметить, что это может быть только усугублено употреблением наркотических средств. Как правило, данные тенденции обнаруживаются уже в детстве, а опыт наркологической зависимости у них всего лишь несколько лет. «Уход» от настоящего и будущего благодаря наркотикам помогает уменьшить беспокойство и имеет защитный характер[1].

С углублением и развитием наркотической зависимости личность начинает меняться. Внутренние конфликты усугубляются, и слабая умственная адаптация становится все более очевидной. Развитие наркомании сопровождается снижением психосоциальной адаптации молодежи. Возникает нестабильность мнестической функции, колебания в первую очередь по причине отсутствия волевой активности и когнитивной деятельности[1].

Так, например, в рамках своих исследований Е.Л. Милютина обнаружила значительное снижение волевой активности среди наркоманов с опытом опиумной зависимости более пяти лет, что проявляется «в невозможности прекратить употребление наркотиков, преодолевать трудности характерные для повседневной жизни».

В процессе изучения целевой деятельности пациентов, регулярно употреблявших опиум, Н.С. Курек обнаружил у них ряд нарушений:

– повышенный уровень волевой активности, а также количества способов достижения цели (особенно антисоциальных) в ситуации приобретения наркотических средств;

– динамичность уровня требований в ситуации определенности и увеличение частоты изменений уровня притязаний в ситуации неопределенности, которая неадекватна успеху и неудаче;

– чем ниже уровень интеллекта и настроения, тем выше уровень отношения к волевой активности в ситуации приобретения наркотических средств.

Представленные личностные характеристики наркозависимого – эмоциональная бесчувственность, опустошение, вплоть до слабоумия, его интеллектуальных возможностей, что не позволяет ему предвидеть смысл ситуации, в которой он оказался, и последствия своих поступков, волевое снижение – приобретают особый криминальный смысл в контексте среды.

Здесь мы имеем в виду не человека, который попробовал наркотик разово, не того, кто только начинает наркотизироваться, а именно больного наркоманией, у которого дефект, нажитый в процессе болезни, уже выражен. Первым еще может управлять страх разоблачения. Больным-наркоманом движет только потребность в наркотике, которая превышает инстинкт самосохранения, а не только этические мотивы, чувство ответственности, долга и т.п.

В микросреде (семья, работа, друзья) – это человек, на которого ни в каком отношении рассчитывать нельзя, а можно ждать только неприятностей и ущерба. В макросреде (общество) он представляет, особенно в наши дни, крайнюю социальную опасность. «Подкармливая» его желанным наркотиком, его можно подвести к совершению любого преступления, вплоть до выполнения террористических действий. Правда, ненадежность наркомана делает его одновременно и опасным свидетелем. После использования, выполнения разового задания их обычно ликвидируют.

Самыми частыми преступлениями, которые сопутствуют наркомании, яв-

ляются не просто корыстные, а те, которые позволяют получить сиюминутную корысть. Необходимость достать наркотик – основной категорический мотив жизни наркомана, превышающий потребность в еде и питье.

Измененное состояние сознания, эмоциональные расстройства снимают поведенческий контроль и высвобождают примитивные инстинкты агрессии, насилия. Нарушения воли легко делают наркотизирующего пассивным орудием преступления, а нарушение интеллекта накладывает отпечаток на совершаемые действия.

Разумеется, ни одна психическая функция не работает изолированно (наше психиатрическое разделение на сферы психики условно), а только интегрировано, в комплексе. Но важно подчеркнуть, что лица, вовлеченные в наркоманию, даже в случае разового, первого приема наркотика способны к совершению преступлений. И нередко характер преступления, особенности его исполнения дают основание предполагать «наркотическую окраску» события.

Успех попыток помочь наркозависимому во многом обусловлен сохранившимися общественными связями. Так, например, в случае, если наркоман потерял место работы, семью, друзей, то, как правило, пройдя реабилитационный курс, он вновь начинает употреблять наркотические средства[47].

Жизнь современного человека наполнена массой проблем бытовых трудностей, поэтому психологическое и эмоциональное состояние многих людей связано с регулярными всплесками агрессии и резкими сменами настроения. По ходу накопления дающего род трудностей появляется потребность изучить «завалы» прежде чем разобрать- их. Именно такой подход является единственным верным, благодаря чему определяется направление движения в поисках эффективного решения[15].

Как правило, формирование наркотической зависимости протекает сложно, оно никак не похоже на какую-то формулировку строго определенного порядка реакции организма. Вне сплетены во единомногие аспекты и личностные характеристики подростка. Человек не сразу пре-

вращается в наркома-

на, нет единого логарифма поведения, а значит, требуется индивидуальный подход к каждому больному [47].

Наркоманией является заболевание, обусловленное психической или физической зависимостью от наркотических средств, психотропных веществ, аналогов. Больной наркоманией – это физическое лицо, в отношении которого медицинским учреждением установлен диагноз «наркомания». На сегодняшний день принято говорить не о наркомании как таковой, а о зависимости от определенных психотропных, психоактивных веществ, принято говорить о аддикции. Аддиктивное поведение (аддикция) представляет собой нечто иное, как пагубную привычку, склонность к чему-либо, пристрастие – это форма деструктивного поведения и / или злоупотребления разнообразными веществами, которые изменяют психическое состояние до того, как сформируется физическая зависимость [42].

Причины, которые способствуют росту наркологической зависимости, достаточно разнообразны и в большинстве случаев индивидуальны. К основным из них относятся физиологические причины возникновения наркомании, психологические или социальные причины возникновения наркомании (семья, ближайшее окружение, травма, любопытство, нигилизм и т.д.). Психологические и социальные причины наиболее разнообразны [33].

В настоящее время проблема наркомании в нашей стране решается достаточно неэффективно. Необходимой мерой против неутешительной тенденции роста наркомании среди граждан нашей страны, является увеличение количества анонимных кабинетов, реабилитационных центров, палат интенсивной терапии для оказания неотложной помощи наркотически зависимых.

Считают, что личность наркомана характеризуется неспособностью к систематической напряженной деятельности, а также стремлением к удовлетворению своих индивидуальных целей, не требующих особых усилий и сопровождающихся чувством удовольствия. Общие закономерности процесса течения наркомании определяются следующими этапами: формированием психической

зависимости, в результате которой прием психотропного вещества сопровождается чувством удовлетворения; утратой защитной реакции организма на прием токсической дозы наркотического препарата; развитием физической зависимости, в результате которой при прекращении действия наркотического вещества наступает «ломка» – синдром абстиненции[33].

Личность наркомана можно охарактеризовать сниженной интегративной функцией «Я», эмоциональной неустойчивостью, незрелостью, аффилиативной ведущей потребностью, высоким уровнем мотивации избегания неуспеха, отсутствием потребности в признании, выраженной скрытностью, пассивно-зависимым стилем межличностного поведения и т.д.

## 2 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

### 2.1 Формы, методы, принципы, медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью

Медико-социальная работа – это новый вид профессиональной медицинской, психологической и социально-правовой деятельности, созданной на базе многих дисциплин, направленный, прежде всего, на восстановление, сохранение и укрепление здоровья. Медико-социальная работа – это более широкая концепция, чем медико-социальная помощь[5].

Медико-социальная работа представляет собой специальность в системе высшего образования и имеет ряд направлений специализации: медико-социальная работа с населением, медико-социальная помощь пожилым людям и социальная работа в медицинских учреждениях[31].

Тем не менее, в практике специалиста по социальной работе, который получает образование в среднем профессиональном училище, медико-социальная работа также занимает значительное место, так как на современном этапе в большинстве медицинских учреждений предусмотрена ставка специалиста по социальной работе для выпускников средних учебных заведений (наркологические, психиатрические, онкологические клиники, хосписы, детские клиники, учреждения родовспоможения и т.д.).

Медико-социальная работа с наркоманами, как и профессиональная деятельность, складывается на пересечении здравоохранения и социальной защиты населения, следовательно, имеет много общего с профессиональной деятельностью медицинских работников. В то же время медико-социальная работа не должна заменять медицинскую работу, что позволяет четко дифференцировать действия социальных и медицинских работников[26].

Основная цель медико-социальной работы с наркозависимыми лицами, состоит в достижении максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и умственными недостатками, а также,

относящихся к категории социально неблагополучных[26].

Объектами медико-социальной работы выступают различные люди, которые безуспешны с точки зрения медицинских и социальных показателей: инвалиды, пожилые люди, сироты, молодые матери, многодетные и асоциальные семьи, больные СПИДом, жертвы стихийных бедствий, беженцы, безработные и т.д. [26].

Целесообразно отметить, что медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью, включает в себя[26]:

– реализацию государственной политики по предоставлению гарантий нуждающимся гражданам в сфере медико-социальной помощи;

– обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья;

– практика и агитация здорового образа жизни;

– оказание медико-социальной помощи семье и отдельным ее членам;

– организация необходимой медицинской помощи и должного ухода за пациентами;

– участие в проведении медико-социальных исследований;

– организация медико-социальной реабилитации пациентов и инвалидов;

– реализация социальной работы в психиат-

рии, наркологии, онкологии, гериатрии и иных медицинских областях;

– обеспечение своевременного доступа к информационным сведениям по вопросам здоровья, состояния окружающей среды, качества продовольствия и сырья;

– медико-социальный патронаж;

– участие в разработке целевых комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся категориям граждан;

– контроль гарантированного объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Функции медико-социальной работы с наркозависимыми людьми можно разделить на следующие типы: медико-ориентированные, социально-

ориентированные, смешанные[26].

Медико-ориентированные функции включают: организацию медицинского обслуживания и ухода за пациентами, предоставление медико-социальной помощи семье, медико-социальное покровительство различных групп, предоставление медико-социальной помощи хроническим пациентам, организация паллиативной помощи для умирающих, вторичная профилактика, санитарное просвещение, информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее предоставления[3].

К социально-ориентированным функциям относятся: осуществление социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; регистрация опеки и попечительства; участие в реализации программ реабилитации; информирование клиентов о льготах, различных преимуществах и иных видах социальной защиты; помощь клиентам в решении социальных и внутренних проблем; семейное консультирование и семейная психокоррекция; обеспечение доступа к информативным сведениям о состоянии здоровья, состоянии окружающей среды, качестве продовольственного сырья и продуктов питания.

Смешанные функции включают – становление установки клиентов на здоровый образ жизни; планирование семьи; проведение медико-социальной экспертизы; внедрение медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; осуществление социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и иных областях клинической медицины; помощь в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции и обеспечении социальной защиты инфицированных и их семей; социальные и юридические консультации; участие в разработке комплексных программ медицинской и социальной помощи нуждающимся категориям граждан на различных уровнях; обеспечение непрерывности взаимодействия специалистов по смежным профессиям в решении всех проблем клиентов.

Итак, объектом медико-социальной работы в наркологии выступают разнообразные контингенты людей, которые имеют выраженные медицинские и соци-

альные проблемы, вызванные, как правило, злоупотреблением и зависимостью от поверхностно-активных веществ, которые взаимно усиливают друг друга и их решение затруднено в рамках односторонней профессиональной деятельности. Работа с подобными категориями граждан одинаково трудна и неэффективна как для медицинских специалистов, так и для специалистов социальных служб. Прежде всего, это обусловлено тем, что они, так или иначе, сталкиваются с целым рядом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих их максимально эффективной профессиональной деятельности.

Специфика социальной работы с наркоманами в первую очередь обусловлена тем, что как профессиональная деятельность она складывается на пересечении двух отдельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. В настоящее время как зарубежный, так и отечественный опыт показывает, что, несмотря на координацию усилий, предпринятых для оказания помощи людям с различными медицинскими и социальными проблемами, фактическая координация действий ведомств недостаточно эффективна [10].

Оптимальное взаимодействие развивается только после длительного периода совместной работы в смежном секторе, после специальной подготовки и отбора максимально эффективных форм работы, которые объединяют действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию (в нашем случае наркологическую) [21].

На практике все работники медицинских учреждений вынуждены выполнять комплекс функций социальных работников – отечественные выпускники по специализации «социальная работа» появились только в последние годы, и их число незначительно. Социальные работники в рамках своей профессиональной деятельности зачастую работают с клиентами, страдающими от физической патологии, то есть действуют как врачи [17].

Для того чтобы определить место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, целесообразно отметить координационную роль

социального работника в решении совокупности проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего участия специалистов родственных профессий – врачей, психологов, учителей и т.д.

Итак, деятельность специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи, так или иначе, тесно связана с диагностическими, прогностическими, правозащитными, организационными, профилактическими, социально–медицинскими функциями.

## **2.2 Технологии медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью**

Основными направлениями медико-социальной работы с людьми, страдающими наркотической зависимостью, являются[26]:

- содействие в получении необходимой помощи в связи с заболеванием, являющимся причиной инвалидности;
- предотвращение срывов и рецидивов заболевания;
- помощь в прохождении медико-социальной экспертизы;
- семейное консультирование и семейная терапия;
- обеспечении безопасной социальной микросреды;
- решении проблем трудоустройства;
- содействию в получении пенсии, социальных выплат и пособий;
- содействию в решении жилищных проблем, включая помещение таких больных в специальные общежития или интернаты.

Юридическая помощь подобным клиентам – это, прежде всего, участие в определении дееспособности, возможной опеке и попечительстве; помощь в реализации родительских функций; при необходимости контроль соблюдения режима административного надзора.

Основной целью медико-социальной работы в наркологии выступает комплексная социальная помощь, в том числе медико-психологические, социально-психологические и педагогические аспекты для зависимых лиц и членов их семей. Социальная работа в наркологии – это не только появление дополнительных функций в наркологической службе, но и радикальная реорганизация

всего процесса лечения и профилактики. В системе взаимоотношений с пациентом, как полноправного партнера пациента, наряду с медицинским персоналом участвует специалист социальной работы, который осуществляет координацию действий нескольких социальных работников или консультантов[26].

Модель организации социальной работы, в том числе в область лечения наркозависимости, является наиболее прогрессивной и эффективной; ее необходимо учитывать и развивать в процессе подготовки российских социальных работников. Итак, деятельность специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи, так или иначе, вытекает из его основных функций[29]:

1. Диагностическая – исследование личности, семьи, группы, степень и направленность влияния на них микросреды, постановка «общественного диагноза».

2. Прогностическая – прогноз развития событий, процессов, которые происходят в семье, группе, обществе; создание специальных максимально-эффективных моделей социального поведения.

3. Правозащитная – практическое использование законодательных и нормативно-правовых актов, целью которых является оказание социальной помощи и поддержки клиенту, а также защита его личных интересов.

4. Организационная – посредническая помощь в направлении деятельности социальных служб на оказание разнообразных социальных услуг населению.

5. Предупредительно-профилактическая – использование самых разнообразных механизмов (юридических, психологических, медицинских, педагогических) профилактики и преодоления отрицательных явлений.

6. Социально-медицинская – своевременная организация мероприятий по профилактике заболеваний, преодолению болезненных состояний, реадaptации после прохождения курса лечения.

На основе перечисленных выше функций можно сделать вывод о том, что деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом учрежде-

нии приобретает все более важную роль. Огромное число программ реабилитации людей, зависящих от поверхностно–активных веществ, разрабатываются и внедряются на практике при непосредственном участии специалистов по социальной работе.

С точки зрения проблемной направленности различных форм медицинской и социальной работы в наркологии, различают[36]:

1) профилактическую медико-социальную работу, нацеленную на предотвращение возникновения проблем с наркотиками;

2) медико-социальную работу с проблемными гражданами, имеющими те или иные очерченные наркологические проблемы, но у которых не выявляются клинические формы наркологических заболеваний, а также с их ближайшим окружением;

3) медико-социальную работу с наркоманами и их ближайшим окружением.

В рамках технологий медико-социальной работы с наркозависимыми выделяют: профилактические, лечебные и специализированные программы[14].

Профилактические программы направлены, прежде всего, на предупреждение употребления спиртных напитков и наркотических средств, а также злоупотребления ими. Как правило, они широко нацелены на предупреждение любых форм девиантного поведения. Целесообразно отметить, что в данном случае мишенями целенаправленного воздействия будут в основном дети и подростки, как в целом, так и входящие в группы риска[14].

Дети группы риска – это дети с отягощенной, прежде всего, в наркологическом аспекте наследственностью. Такие дети, как правило, воспитываются в неблагополучных семьях: родители злоупотребляют алкоголем или больны алкоголизмом, наркоманией; отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, в том числе интеллектуально недостаточные, отстающие в своем временном личностном и социальном развитии. Работа с таким

игруппами риска зачастую ведется, в стенах учебных заведений или специализированных учреждениях и т. д. [14].

К лечебным программам относятся программы, предусматривающие своевременное выявление и направление на лечение больных стойкой или иной степенью наркотической зависимости. Основопологающее место в данной группе отводится терапевтическим программам, которые решают задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т. е. ремиссии), реабилитации – восстановления физического, личностного и социального статуса пациентов [14].

Особую значимость имеют программы, в рамках которых реализуется социально-психологическая помощь членам семьи и близким клиентам. Корректируются их личный, семейный и трудовой статус. К данному типу программ относятся программы помощи на рабочих местах – непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т. п.

В третью группу специализированных программ в области наркологии, неразрывно связанных с терапевтическими, входят программы по реабилитации, реадaptации, ресоциализации наркотических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро- и микросоциум максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, данной общины, социально-экономической ситуации и т. п. Сеть учреждений социального обслуживания, деятельность которых направлена на помощь в профилактике и решении наркотических проблем в России только начала формироваться. Создается нормативно-правовая база деятельности социальных работников в наркологии.

Примером технологии имедико-социальной работы в сфере наркологии является деятельность отделений медико-социальной помощи детям и подросткам, открывшихся в ряд наркологических диспансеров г. Москвы. В них осуществляются [7]:

1. Лечебно-диагностическая и психокоррекционная помощь детям и подростками их семьям, выявление источника и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних, профилактическая работа по предупреждению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков.

2. Разработка и обеспечение реализации индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудо-вой, учебно-познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты, подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия с семьями дезадаптированных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий с ними в домашних условиях, взаимодействие с заинтересованными структурами в решении дальнейшей судьбы несовершеннолетних.

Структурное отделение включает: амбулаторно-клиническую часть, стационар дневного и круглосуточного пребывания (последний играет роль приюта, прежде всего для детей из семей алкоголиков и наркоманов).

К амбулаторно-поликлинической части отделения реализуются лечебная, послелечебная и профилактическая программы. Они тесным образом взаимосвязаны между собой и направлены на выявление, лечение и социальную реабилитацию подростков и молодежи с химической зависимостью, и членов их семей, детей из семей алкоголиков и наркоманов, а также на профилактику химической

ависимости среди детей и подростков.

Деятельность отделения тесно взаимосвязана с другими структурными подразделениями диспансера. Взрослые алкоголики и наркоманы, проходящие лечение в диспансере и участвующие в программах выздоровления, используют отделение социальной помощи детям и подросткам для реабилитации и своих детей. Лежащие в основе работы отделения принципы добровольности обращения и участия в лечебных и послелечебных программах и анонимности обеспечивают более активное обращение детей и родителей в отделение по сравнению с подростковым кабинетом наркологического диспансера, где сохраняется традиционная система постановки на учет, наблюдения за контингентом.

Таким образом, в отделениях медико-социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров проводится в жизнь комплекс дифференцированных программ, ориентированных на различные целевые контингенты.

Медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью, как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников.

Основная цель медико-социальной работы с наркозависимыми лицами, состоит в достижении максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и умственными недостатками, а также, относящихся к категории социально неблагополучных.

Деятельность специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи, так или иначе, тесно связана с диагностическими, прогностическими, правозащитными, организационными, профилактическими, социально-медицинскими функциями.

Основная направленность медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, состоит в содействии в получении по-

мощи в связи с заболеванием, которое является причиной инвалидности, профилактике срывов и рецидивов болезни, содействию в прохождении медико-социальной экспертизы, семейном консультировании и семейной терапии, обеспечении благополучного социального микроокружения и т.д.

Основной целью медико-социальной работы в наркологии является комплексная социальная помощь, включающая медико-психологические, социально-психологические и педагогические аспекты лицам, страдающим зависимостью, и членам их семей.

### 3 АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ОГУЗ «АМУРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

#### **3.1 Анализ медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, осуществляемой в ОГУЗ «Амурский наркологический диспансер»**

Наркологическая служба в Амурской области является специализированным учреждением, либо сетью учреждений, где человеку оказывается медико-юридическая, медико-социологическая и лечебно-профилактическая помощь в том случае, если он болен каким-либо видом наркомании или алкоголизмом. При лечении в учреждении такого рода специалист имеет возможность учитывать индивидуальные особенности зависимого, его социальное окружение, кроме того, привлекать к лечению и самого больного, давая ему необходимую мотивацию в процессе беседы. В наркологической службе каждому пациенту подходят индивидуальные, и только после беседы с человеком и проведения некоторых анализов специалист будет назначать курс лечения и реабилитации в зависимости от некоторых особенностей болезни.

Вообще любые наркологические службы разделяют на два вида: амбулаторные и стационарные.

Амбулаторная наркологическая служба – помощь зависимому человеку оказывается при посещении. Человеку не нужно отрываться от привычного ритма жизни, чтобы излечиться от своей зависимости. Сейчас в Амурской области для зависимых людей есть возможность лечения амбулаторно.

Стационарная наркологическая служба – подразумевает собой нахождение пациента в стационарных условиях. В Амурской области в ОГУ-

ЗАО «Амурский областной наркологический диспансер» имеет два наркологических отделения-

на 55 коек и отделение неотложной наркологической помощи на 20 коек, реабилитационное отделение на 40 коек круглосуточного пребывания.

Используя метод ассоциативного эксперимента, сформируем портрет наркозависимых лиц, находящихся на лечении области в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер». К исследованию привлекалось 10 сотрудников учреждения. Ассоциативный эксперимент представляет собой разновидность словесной проективной методики. В ходе данного эксперимента сотрудникам ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» предлагалось в течение 3 минут написать как можно больше ассоциаций со словом «наркозависимый». Все ассоциации делились на следующие группы:

- характеристики эмоционального состояния;
- характеристики уровня жизни, доходов;
- характеристики образа жизни;
- характеристики социального положения;
- характеристика отношения окружения к наркозависимым.

Общее число характеристик принималось за 100 %. Представим в виде диаграммы распределение ассоциаций по группам характеристик.

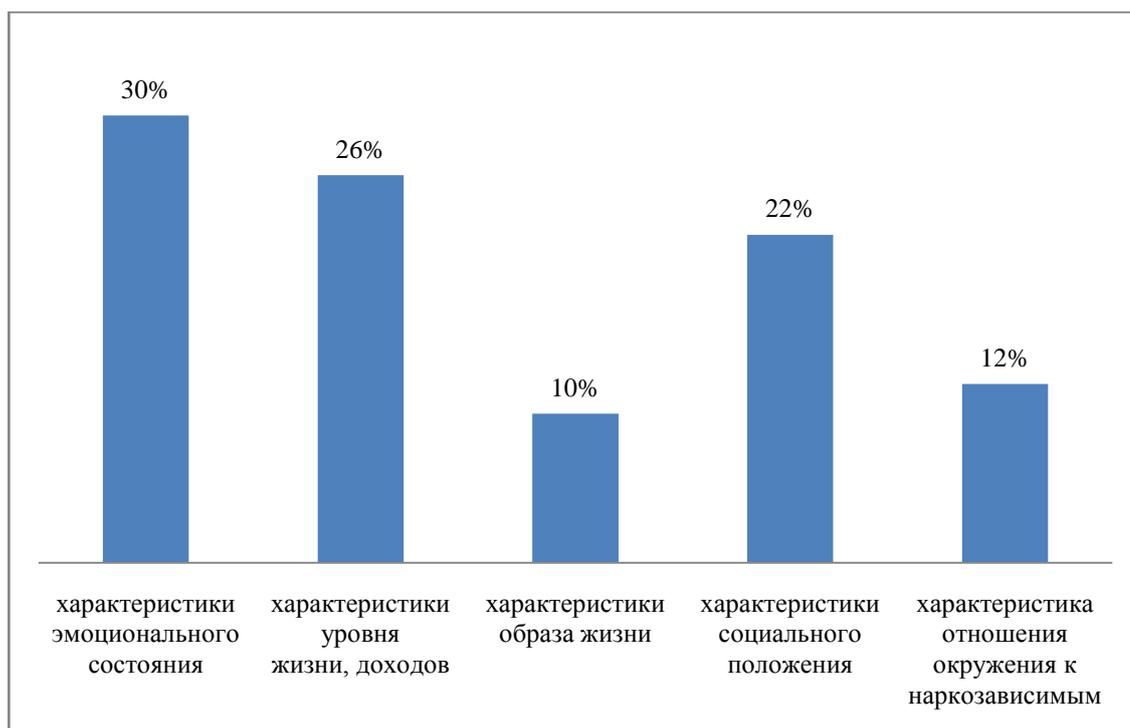


Рисунок 1 – Распределение ассоциаций со словом «наркозависимый»  
по группам характеристик

Анализ ассоциаций показал, что большая доля сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» отмечает характеристики эмоционального состояния наркозависимых лиц (30 % всех ассоциаций). То есть наркозависимый – это потерянный, грустный, неуверенный в себе человек. Он пребывает в состоянии депрессии. Однако отмечаются и такие характеристики эмоционального состояния как агрессивность и озлобленность. Следует отметить и ассоциации с уходом в себя, задумчивостью.

Ассоциации с уровнем жизнью и доходом (материальным положением) составляют чуть больше четверти ответов (26 %). Однако в данных ассоциациях есть разногласия: так отмечается высокий доход (как фактор возможности приобрести наркотики), так и низкое материальное состояние (как следствие наркотической зависимости). Также отмечается безнадзорность, бедность, кризисное состояние.

Характеризуя социальное положение, сотрудники ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» говорят об отверженности, одиночестве, низком социальном положении, выпадении из собственного окружения (22 % всех ответов).

12 % всех ассоциаций характеризует отношение общества и ближайшего окружения к наркозависимым. Так, отношение к наркозависимым можно описать такими характеристиками как страх, осуждение, непонимание, отталкивание, дистанцирование. Однако есть и положительные характеристики отношения, а именно: забота, повышенная опека, желание помочь. Отмечается депривация наркозависимых.

Меньше всего ассоциаций возникло у сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» с образом жизни наркомана (10 %). Образ жизни наркозависимого ассоциируется с отсутствием хобби, бесцельным проведением времени, поиском средств на приобретение наркотика и поиском

новых ощущений. Также отмечается стремление обмануть близких, придание своему образу излишней значимости.

Кроме того, сотрудникам ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» были заданы вопросы, которые позволяют выяснить, как они видят процесс реабилитации и избавления от наркотической зависимости.

Во-первых, выяснялось, считают ли сотрудники ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» возможным самостоятельное избавление от наркотической зависимости.

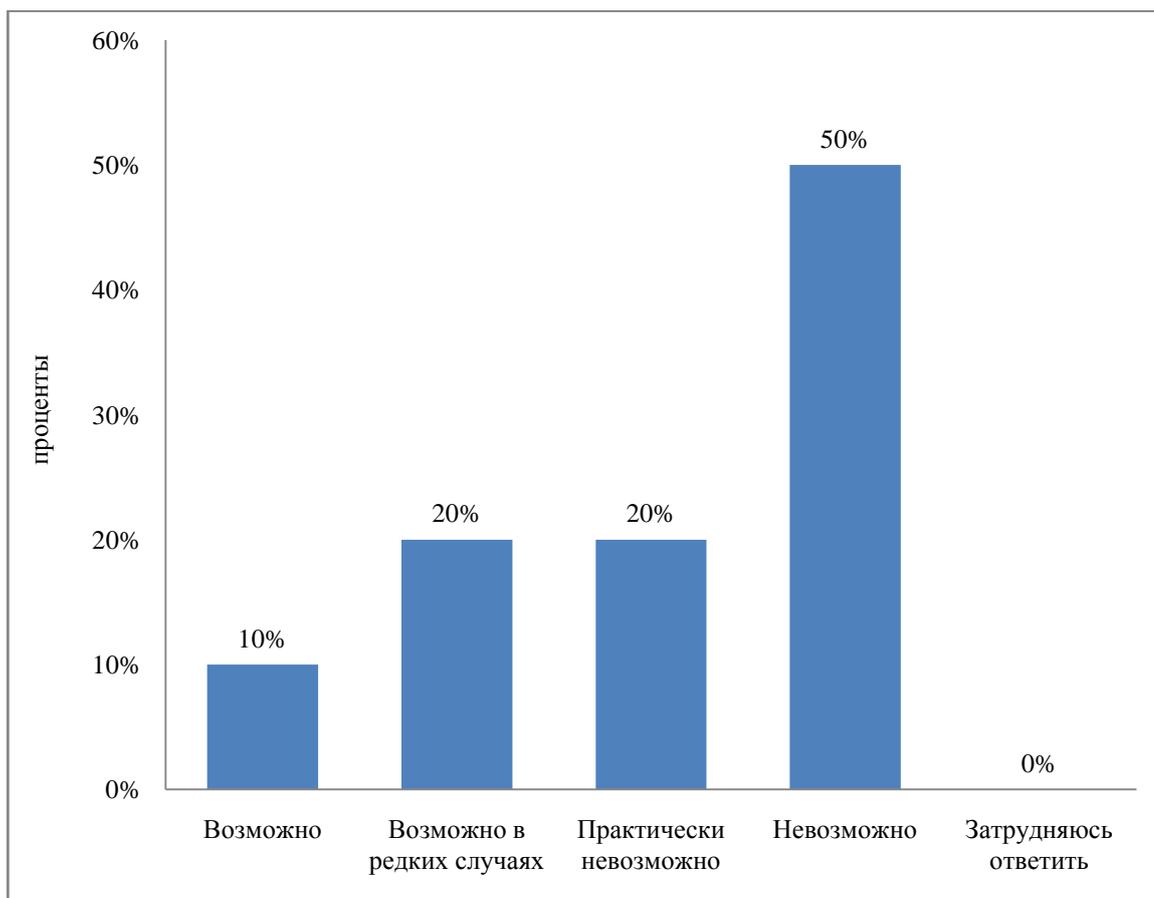


Рисунок 2 – Возможность самостоятельного избавления от наркотической зависимости, по мнению сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер»

Видно, что только 10 % сотрудников считают возможным самостоятельное избавление от наркотической зависимости и 20 % предполагает, что это возможно только в редких случаях. 20 % сотрудников считает, что самостоятельно избавиться от наркотической зависимости практически невозможно, а

50 % считает, что это невозможно.

Можно говорить о том, что сотрудники ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» отмечают важность профессионального медико-социального вмешательства в процесс избавления от наркотической зависимости.

Также сотрудникам ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» был задан вопрос относительно наиболее значимых мер профилактики наркозависимости. На рисунке 3 покажем значимость мер профилактики наркозависимости, по мнению сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер».

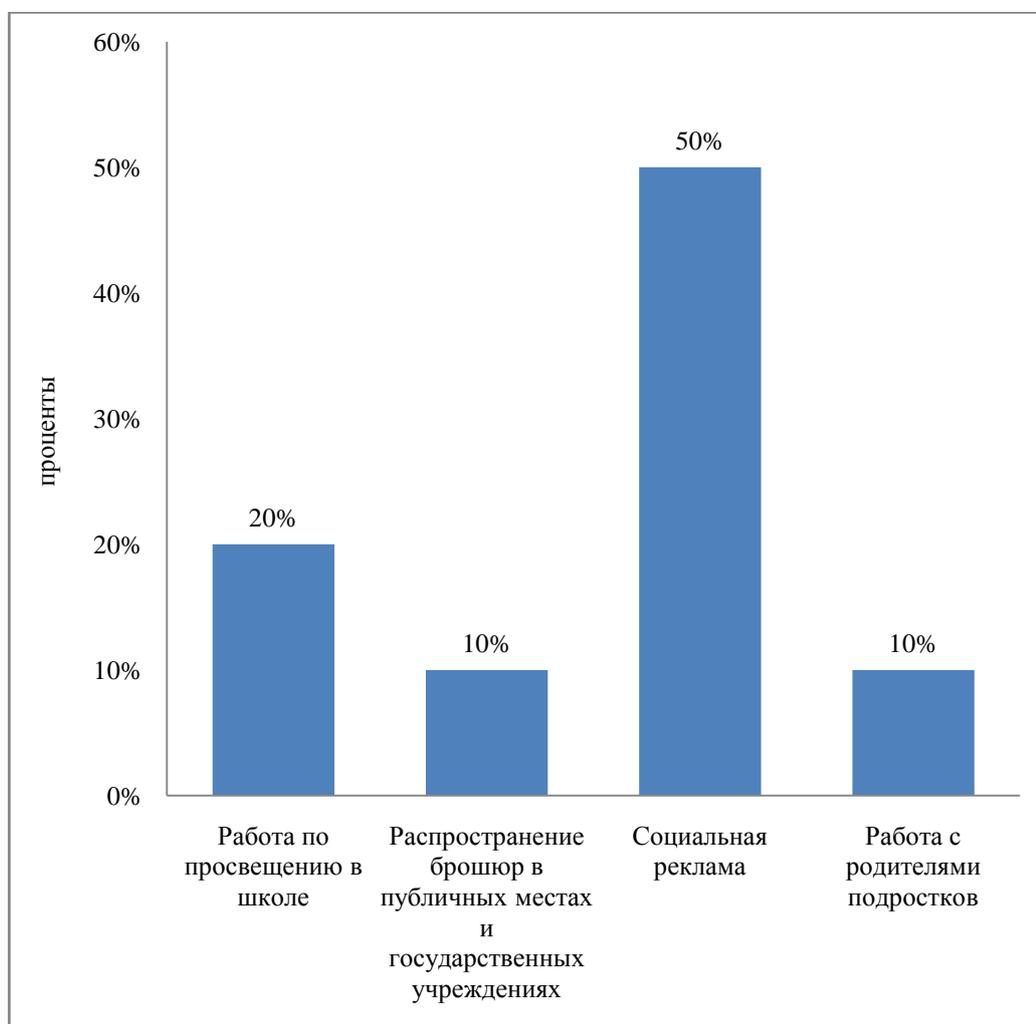


Рисунок 3 – Значимость мер профилактики наркозависимости, по мнению сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер»

Видно, что 50 % сотрудников считают наиболее эффективной мерой в ра-

боте по профилактике наркомании социальную рекламу. Можно предположить, что это объясняется широкой рекламной аудиторией.

Также выяснялось, по каким причинам, по мнению сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер», пациенты повторно начинают принимать наркотики после прохождения лечения.

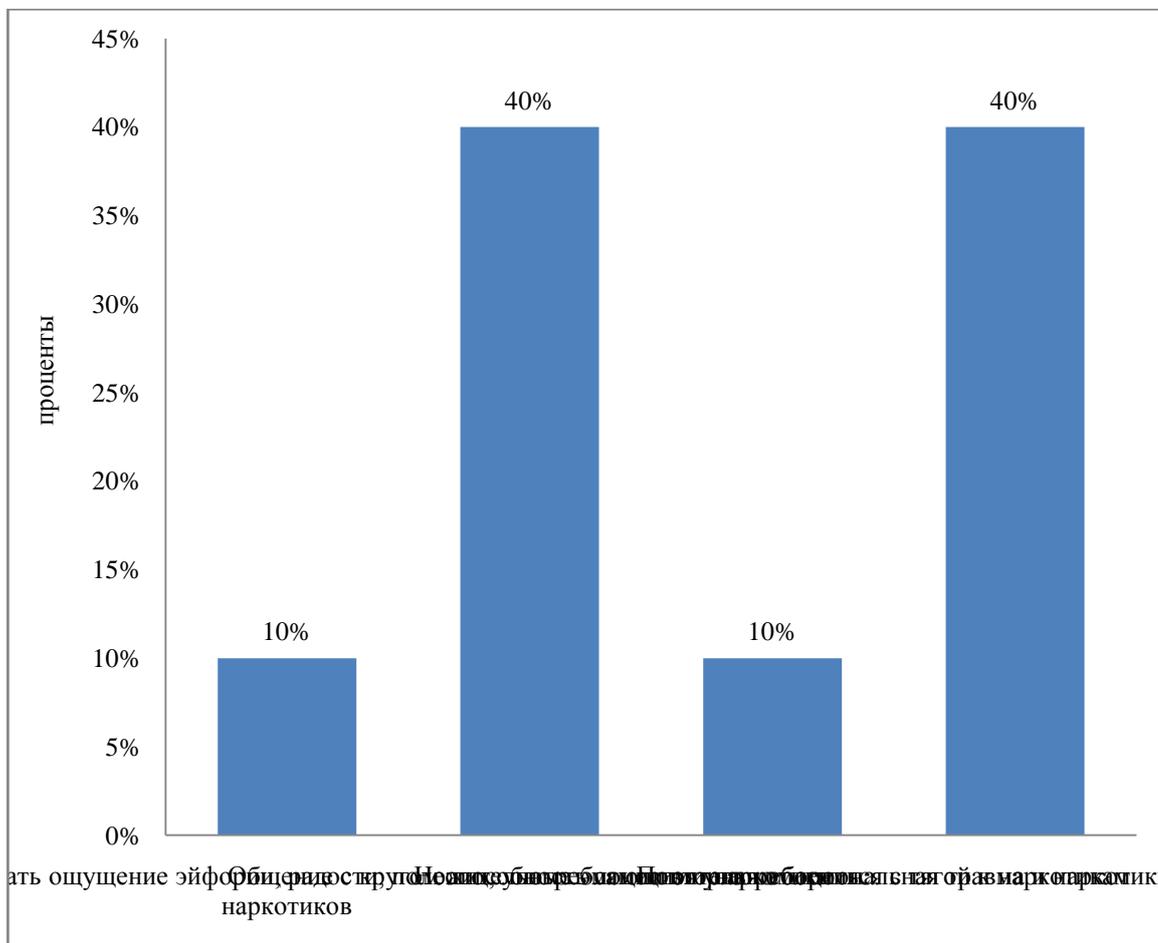


Рисунок 4 – Причины повторного употребления наркотиков, по мнению сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер»

Равная доля сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» отмечают в качестве причин повторного употребления наркотиков пациентами, прошедшими лечение от зависимости, общение с лицами, употребляющими наркотики, и психологические травмы, стресс и нахождение спасения и избавления от эмоциональной нагрузки в употреблении наркотиков (по 40 %). Можно предположить, что по этим причинам работу с пациентами ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» следует вести в

направлении их психологического просвещения, развитию их навыков борьбы со стрессом, нормализация самооценки (не всегда у зависимых людей самооценка низкая), формирование навыков социального общения. Также следует способствовать развитию и формированию рациональной досуговой деятельности.

Чаще всего люди проходят лечение и реабилитацию от зависимости анонимно, что делает данные мероприятия скрытыми от чужих глаз. Без вашего желания о том, что вы проходили лечение в отделе реабилитации, никто об этом не узнает. А потому, никаких отметок о прохождении лечения не будет.

Учреждения наркологической службы помогают людям, которые страдают от наркозависимости и алкоголизма. Человек, обратившись в наркологическую службу, может пройти на лечение и реабилитацию от зависимости.

Социальная и духовная реабилитация проводится для того, чтобы человек по отношению к своей зависимости под другим углом, научился жить и справляться со своими проблемами без помощи наркотического вещества.

Без помощи специалистов лечение зависимости практически бесполезно. В наркологической службе же больному человеку будет оказана квалифицированная помощь, медикаментозное и психотерапевтическое лечение, правильно проведенная реабилитация. Результат такого лечения, безусловно, будет положительным.

Медико-социальная работа в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» – комплекс мероприятий по восстановлению био-психосоциального статуса наркозависимого.

Цель медико-социальной работы в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» –

воссоздания социальных качеств наркозависимого, возвращение его в общество, окружение, семью.

Задачи медико-социальной реабилитации:

- 1) содействовать занятости наркозависимого (трудоустройство, продолжение учебы, профессиональное обучение);
- 2) участвовать в восстановлении социального положения наркозависимых (получение необходимых документов, льгот, оформление пенсий);
- 3) проводить социальные обследования наркозависимых (семейные отношения, бытовые и производственные отношения);
- 4) взаимодействовать с родственниками и ближайшим окружением наркозависимых (индивидуальные и групповые консультации).

Такая реабилитация осуществляется в отношении детей, подростков и взрослых непосредственно специалистами по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», а также в клинических лечебно-профилактических учреждениях г. Благовещенска и Амурской области, что способствует не только реабилитации, но и выявлению лиц, страдающих наркозависимостью.

Медико-социальная работа в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляется путем сотрудничества с такими организациями как: отделы ЗАГС; центры занятости населения; паспортно-визовые службы и отделы; Центр эстетического воспитания им. Белоглазова; детские спортивные организации; детско-подростковые клубы; детские поликлиники; Благовещенский центр социальной помощи семье и детям «Благо»; Управление Министерства социальной защиты населения по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Мероприятия, проводимые в рамках медико-социальной работы, условно можно разделить на два основных направления, анализ которых проведен в период с 2014 по 2016 гг.:

1. Консультативная работа в социальной службе. Такая работа проводится как в отношении детей и подростков, так и в отношении взрослых пациентов социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер». Она включает в себя:

– консультации по трудоустройству для подростков и взрослых, которые проводятся в взаимодействии с органами службы занятости населения;

– индивидуальные консультации для всех лиц, страдающих наркозависимостью, по проблемам медико-социального и психосоциального характера;

– консультации для созависимых, то есть родственников и ближайшего окружения наркозависимых.

Консультативная работа в период с 2014 по 2016 гг. отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика консультативной работы сотрудников социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер»

Консультативной работы	2014	2015	2016
Консультации по трудоустройству	116	181	153
– Подростки	–	–	30
– Взрослые	123		
Индивидуальные консультации по вопросам наркозависимости	31	72	105
– Подростки	75		
– Взрослые	30		
Консультации созависимых (родственников наркозависимых)	–	–	166
ИТОГО	146	253	424

2. Патронажная работа в детских поликлиниках. Такая работа проводится в детс

ких поликлиниках №1–4 г. Благовещенска. Она заключается в:

- посещение приемов поликлинических больных и диспансерных обследований в городских поликлиниках;
- выявлении лиц, страдающих наркозависимостью, а также лиц, склонных к употреблению наркотических или других психоактивных веществ;
  - диагностики степени наркозависимости пациентов поликлиник;
- разработку программ патронажной работы на краткосрочную и долгосрочную перспективу;
- содействию в восстановлении бытовых, правовых, трудовых, образовательных, психологических характеристик социального статуса пациента.

В рамках такой деятельности специалисты по социальной работе социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляют социальные обследования пациентов, выявляют характер семейных, трудовых, производственных, бытовых и межличностных отношений и проблем. Патронажная работа в период с 2014 по 2016 гг. отражена в таблице.

Таблица 2 – Структура социальных патронажей сотрудников ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер»

Социальный патронаж	2014	2015	2016
1	2	3	4
Всего посещений	786	1011	1917
Из них диспансерных больных	1716		

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
---	---	---	---

–Дети	130	30	61
–Подростки	341	437	511
–Взрослые	222	544	1144
Детскаяполиклиника№1, всего	36	83	80
–Дети	15	32	30
–Подростки	21	51	50
Детскаяполиклиника№2, всего	–	–	3
–Дети	–	–	1
–Подростки	–	–	2
Поликлиника№3, всего	–	28	8
–Дети	–	13	3
–Подростки	–	15	5
Поликлиника№4, всего	65	185	110
–Дети	34	89	50
–Подростки	31	96	60

Обобщая анализ деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер», можно выделить ее позитивные характеристики.

1. Работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» осуществляется по принципу полинаправленности, деятельность включает всебя большой перечень разнообразных мероприятий.

2. Деятельность данной службы можно охарактеризовать как ориентированную вовне, то есть на взаимодействие с различными предприятиями, учреждениями и организациями.

3. Мероприятия, реализуемые специалистами по социальной работе социальной службы, имеют активную направленность, предполагают формирование у клиентов новых желательных установок, навыков, умений.

4. В своей деятельности специалисты социальной службы учитывают характер, особенности и причины возникновения проблем, связанных с наркозависимостью, используя как массовые и групповые, так и индивидуальные формы работы.

5. Работа социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» ориентирована не только на устранение последствий проблемы наркозависимо

сти(медико-социальнаяреабилитация),ноинапрвенциюеепричин(медико-социальнаяпрофилактика).

6.Всвоейдеятельностиспециалистысоциальнойслужбыреализуютнетолько традицион-ные(лекции,беседы,показвидеофильмов),ноинновационные(упражнения,тренинги,ярмарки)формыработы.

7.Вработесоциальнойслужбыприсутствуетэффективноенаправлениедеятельности–реализацияцелевыхсоциальныхпрограмм,рассчитанныхнавнедрениевтечениенесколькихлет,чтопозволяетнетолько зафиксироватьодномоментныйрезультат,ноиотследитьдинамикуизмененияситуации.

8.Охватнаселениямероприятиями,проводимымисоциальнойслужбойежегодновозрастает,чтосвидетельствуетоостребованностидеятельностиспециалистовпосоциальнойработевнаркологии.

Несмотрянапозитивныеособенности,деятельностьсоциальнойслужбыОГУЗ«Амурскийобластнойнаркологическийдиспансер»имеетследующиенедостатки:

1.Реализацияреабилитационногонаправлениявдеятельностисоциальнойслужбывыглядитзначительноскромнеепрофилактическогонаправления,гдеспектрмероприятийвесьмаразнообразен.

2.Вреализациииразличныхнаправлениймедико-социальнойпрофилактикинередкоиспользуютсяоднотипныемероприятия,чтозатрудняетпониманиеихспецификиотносительнодругдругаиможетприводитькдублированию.

3.Внаправленииимедико-социальнойреабилитациискуднопредставленымероприятиясобственнореабилитационнойнаправленности,например,разработкаиреализацияиндивидуальныхигрупповыхреабилитацио

нных программ как для самих-

лиц, страдающих наркозависимостью, так и для их ближайшего окружения.

4. Сотрудники социальной службы активно участвуют в мероприятиях, проводимых различными организациями и учреждениями, но своей работой на базе социальной службы внешних партнеров привлекают достаточно редко.

5. В обширном перечне мероприятий, реализуемых социальной службой практически отсутствуют мероприятия, направленные на работу с различными категориями наркозависимых, например, инвалидами, слабозащищенные, длительно и тяжело больными, группами повышенного риска, неблагополучными.

6. В работе социальной службы отсутствует социально-терапевтическое направление, тогда как именно в рамках данного направления можно успешно реализовать медико-социальную работу с наркозависимыми, имеющими отягощенность соматической или психической патологией.

7. В деятельности социальной службы слабо развиты разработка и реализация комплексных целевых социальных программ, которые в настоящее время повсеместно получают финансовую и другую поддержку, а, значит, могут быть эффективно реализованы.

Выявленные недостатки в деятельности ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» объясняют необходимость разработки рекомендаций по оптимизации медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью.

### **3.2 Рекомендации по оптимизации медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью**

На основе недостатков, выделенных в рамках медико-социальной работы социальной службы О-

ГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» с лицами, страдающими на

ркозависимостью, необходимо предложить пути ее совершенствования.

Первый путь совершенствования этой деятельности – воздействие на лиц, страдающих наркозависимостью, средствами и способами социальной терапии. Основная форма социальной терапии, посредством которой можно реализовать указанную технологию – терапевтический тренинг (Приложение Б).

Терапевтический тренинг – набор терапевтических методов, конечной целью которого является создание единого терапевтического сообщества с единой конкретной целью – избавиться от наркотической зависимости. В процессе подготовки к тренингу формируется группа, определяются темы, разыгрываются роли. На тренинг собираются люди, имеющие схожие заботы, связанные с наркотической зависимостью. В ходе интенсивной работы формируются сплоченные взаимоотношения, взаимное доверие. В ходе тренинга люди узнают о положительном опыте сопротивления наркозависимости других людей, получают достоверную информацию о психобиологических механизмах развития и разрушения зависимости, повышают свою способность владеть стрессами и справляться с жизненными трудностями. Они могут получить навыки быстрого расслабления и саморегуляции, повысить во психологическую чувствительность к провоцирующим факторам и умение избегать их, а также прийти к осознанию цели – полноценной жизни без зависимости. В процессе тренинга обычно воспроизводятся ситуации, которые та или иначе связаны с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказать

аться от наркоти-

ка, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков.

Второй путь – решение проблемы созависимости. Созависимость – деформация взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния учленов социального окружения большого наркоманией –

супру-

гов, детей, родителей и других. Химически зависимый человек редко одинок. Обычно его окружают лю-

ди, обеспокоенные его поведением и из всех сил пытающиеся помочь. Своими эмоциональными реакциями та-

кое «забоченное» окружение невольно способствует течению болезни, и как бы толкает ее к развитию до более серьезной ста-

дии. Чем больше семья или друзья защищают и покрывают наркоманозависимого, тем глубже они прячут его от реальности.

Они становятся его няньками и невольно принимают на себя ответственность за него, позволяя развиваться болезни. В результате такой поддержки он не сталкивается с последствиями своего поведения и продолжает заблуждаться относительно серьезности своей зависимости.

Работа с созависимыми может осуществляться в нескольких формах: индивидуальная работа с членами проблемных семей; работа с семьей в целом; специальные родительские группы; работа с массовой родительской аудиторией.

Индивидуальная работа с членами проблемных семей часто является единственной доступной формой профилактической работы с созависимыми. Как правило, привлечь к такой работе удается субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В большинстве случаев (65%) – это женщины.

Однако, по мере развития консультативно-терапевтического процес-

са, к нему в значительной части случаев удается привлечь и других созависимых. Это

мслучаеработаможетпродолжатьсяврежимеобщесемейныхвстречилииндивидуальныхвстречсчленамисемьи,атакжевобеихформахразу.Результатоминдивидуальнойработытакжеможетбытьготовностьвзрослыхчленовсемьипосещатьродительскиегруппы.Подчеркнем,чтоздесываженнестолькокакой-токонкретныйрезультат,скольгототностьижеланиепродолжатьработуисотрудничествосспециалистамисоциальнойслужбы (Приложение В).

Третийпуть–разработкапрограммемедико-социальнойреабилитациинаркозависимых.Залогомэффективностимедико-социальнойреабилитациинаркозависимыхявляетсяпостояннаясвязьлечебногопроцессадеятельностьюпокоррекциисоциальногостатусабольного.Отсюдавытекаетнеобходимостьсближенияпозицийнаркологовиспециалистовпомедико-социальнойработе.

Такоесближениевозможнопомощьюграмотнойорганизациисовместноголечебно-реабилитационногопроцесса,чтодолжнобытьзакрепленоответствующихнормативныхдокументах,должностныхинструкцияхиположениях.

Социальнаяреабилитация–этодинамичнаясистемадеятельности,направленнаянадостижениеиполногоиличастичноговосстановленияличностиоисоциальногостатусабольногометодом,главноесодержаниекоторогосостоитвопосредованииичезеголичностьлечебно-восстановительныхвоздействийимероприятий.

Можноконстатировать,чтосоциальнаяреабилитациясвоейглавнойцельюимеетвосстановлениеилиформированиеиенормативно-личностногоисоциальногостатусабольногонаосновеоткрытияиразвитияегоинтеллектуально-

го, нравственного, эмоционального и творческого потенциала в рамках программы медико-социальной реабилитации.

Четвертый путь – организация деятельности групп взаимопомощи. Такие группы ориентированы на овладение их членами навыками разрешения социальных, правовых, бытовых, психологических и других трудностей, связанных с наркозависимостью и ее преодолением.

В эти группы включаются люди, находящиеся на разных стадиях работы с проблемой наркозависимости, они делятся друг с другом «рецептами» преодоления трудностей. Члены таких групп чувствуют себя более уверенно в коллективе, где у всех такие же проблемы и есть удачные примеры их решения, они могут обратиться к любому члену группы и получить доступный жизненный совет.

Их плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывают особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируются с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием.

Пятый путь – организация проведения мониторинга проблемы наркозависимости на региональном уровне. Мониторинг – непрерывное комплексное наблюдение, позволяющее определить характерные закономерности развития процессов в лечении, которые не могут быть обнаружены в ходе одного момента исследования любого масштаба. Исследование основных тенденций развития проблемы наркомании на территории

ии Амурской области включает все-  
бя: выявление наиболее популярных наркотиков и путей их распространения, изучение механизмов и способов противодействия наркомании в городских и сельских территориях области. Такие исследования могут проводиться методом массовых и экспертных опросов в территориях, а также методами анализа социальных биографий наркозависимых и их ближайшего окружения и документов, характеризующих соответствующую деятельность в динамике.

Рассмотрим далее как именно следует реализовать технологию социального консультирования.

Технология проведения очного социального консультирования в наркологическом диспансере включает в себя определенные этапы. Первоначально, социальный работник занимается установлением контакта с семьей или членом семьи наркомана. Представляясь клиенту, консультант разъясняет свои профессиональные возможности.

Затем начинается процесс сбора информации о данной семье и решается вопрос о том, что является ее проблемой. В ходе беседы социальный работник может выдвинуть несколько гипотез о причине возникновения проблемы (например, после какого события пациент стал пить?) и обсудить ее, задавая вопросы.

Далее социальный работник излагает одну проверенную фактами гипотезу и уясняет возможности клиентов в решении проблемы. На втором этапе социальный работник вместе с членами семьи наркомана обсуждают то, каким клиенты хотят стать, что изменится в их жизни. На этом этапе важно, чтобы у клиентов возникли переживания, связанные с осознанием собственных возможностей. Социальный работник должен провести беседу так, чтобы переживаемые членами семьи наркомана в ходе диалога изменения, привели и к изменениям в их поведении. Затем с клиентами обсуждаются различные варианты решения их проблемы, создаются условия для выбора ими альтернатив.

На третьем (завершающем этапе консультирования специалист по социальной работе обобщает результаты взаимодействия с семьей наркомана. Здесь важно учитывать индивидуальные особенности членов семьи. Очень важно, чтобы консультация заканчивалась своеобразным домашним заданием по закреплению установок на изменение поведения клиентов. На данном этапе консультации социальный работник может порекомендовать клиентам обратиться к специалисту из смежной области (врачу, психологу, юристу и др.).

На завершающей стадии социального консультирования социальный работник совместного с психологом наркологического диспансера подключают и метод мини-тренинга. Его применение позволяет сформировать у членов семьи наркоманов необходимые им навыки изменения поведенческих реакций поведения путем кратковременных тренировок. Например, специалисты могут предложить клиентам «проиграть» ситуацию схожую с их проблемой и затем обсудить ошибки и ограничения в поведении. Такая работа с клиентами-созависимыми способствует изменению их мыслей и действий в реальной жизни.

Использование всех вышеперечисленных мер в комплексе способствует восстановлению утраченных социальных функций лица, страдающего наркоманией, возвращению его в социальную жизнь, улучшению эмоционального состояния его и членов его семьи, активного взаимодействия с обществом в целом.

Данная модель была разработана посредством сбора документов; анализа нормативно-правовой базы, связанной с лицами, страдающими наркотической зависимостью; проведения экспертного опроса. Для реализации и проверки эффективности возможно использование тестирования и подведение итогов, при помощи статистических данных, построения графика динамики количества безработных граждан, которым была оказана помощь.

Таким образом, данная модель состоит из основных направлений деятельности и структуры учреждения: отделение медицинской помощи (неотложной, стационарной или амбулаторной); отделение социально-

реабилитационной помощи; отделение психологической помощи; отделение профилактической работы.

В модели показывается на основе, каких задач и принципов строится деятельность учреждения. Задачи АОДН в сфере борьбы с наркоманией:

- 1) учет лиц, страдающих наркотической зависимостью;
- 2) консультация лиц, страдающих наркотической зависимостью и мотивация их на лечение;
- 3) оказание медицинской, социальной и психологической помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью;
- 4) работа с членами семей лиц, страдающих наркотической зависимостью с целью выстраивания модели поведения с зависимым членом семьи и устранения созависимости;
- 5) пост-реабилитационная адаптация – группы психологической поддержки;
- 6) содействие социальному устройству зависимого лица (трудоустройство, мотивация на начало или продолжение обучения);
- 7) профилактика возникновения наркотической зависимости в виде взаимодействия с СМИ, через сеть интернет, социальные сети, и входе участия во всероссийских и международных проектах;
- 8) пропаганда здорового образа жизни.

Принципы работы наркологического диспансера:

- 1) участково-территориальный принцип работы предусматривает постоянный контакт больницы с учреждениями психиатрической сети, в результате чего достигается преемственность в лечении больных, решении их социально-бытовых вопросов, трудовом обучении и устройстве;
- 2) принцип наименьшего ограничения свободы и создания условий для максимального соблюдения интересов больных;
- 3) принцип медикаментозного лечения – первоначальная помощь оказывается квалифицированными врачами и только после уже начинается социальная и психологическая работа, связано это со значительными изменениями

личности вследствие длительного и/или постоянного употребления наркотиков;

4) принцип предоставления различных услуг по реабилитации лиц, имеющих наркотическую зависимость;

5) принцип дальнейшей самореализации – мотивация и стимулирования самостоятельного повышения качества жизни путем трудоустройства, поиска новых жизненных интересов.

Технологии: медицинское лечение, социальное и психологическое консультирование; содействие в социальной адаптации; работа с отдельными гражданами и целыми семьями; пост-реабилитационная поддержка.

Виды помощи: медицинская, психологическая, социальная.

Таким образом, модель отражает состояние содействия реабилитации лиц, страдающих наркоманией, в Амурском областном наркологическом диспансере в настоящий момент, также в ней отражена структура учреждения и направления деятельности. Даная модель описывает основные виды помощи, задачи, принципы и технологии учреждения, на основании чего можно выявить результаты деятельности учреждения.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что пути совершенствования деятельности социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» в рамках медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, заключаются в следующем:

- 1) решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
- 2) организация и участие в специальных тренингах, способствующих ранней реадaptации и реабилитации пациентов;
- 3) организация семейной терапии и участие в ней родственников и ближайшего окружения наркотозависимого;
- 4) организация и участие в различных программах индивидуальной и групповой социальной реабилитации и реадaptации пациентов;
- 5) анализ проблемы наркомании на региональном уровне.

Наркологическая служба в Амурской области является специализированным учреждением, либо сетью учреждений, где человеку оказывается медико-юридическая, медико-социологическая и лечебно-профилактическая помощь в том случае, если он болен каким-либо видом наркомании или алкоголизмом.

Согласно проведенному исследованию лица, страдающие наркотической зависимостью и пребывающие на лечении в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» характеризуются достаточно противоположными эмоциональными характеристиками (потерянность, грусть, неуверенность, депрессивность, агрессивность, озлобленность). Как фактор возможности приобрести наркотики отмечается высокий доход, и низкое материальное состояние как следствие наркотической зависимости. Также отмечается выпадение из привычного социального окружения. Отношение к наркозависимым можно описать такими характеристиками как страх, осуждение, непонимание, отталкивание, дистанцирование. Однако есть и положительные характеристики отношения, а именно: забота, повышенная опека, желание помочь. Отмечается депривация наркозависимых. Образ жизни наркозависимого ассоциируется с отсутствием хобби, бесцельным проведением времени, поиском средств на приобретение наркотика и поиском новых ощущений.

По мнению большинства сотрудников ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» самостоятельно избавиться от наркотической зависимости невозможно. Они отмечают важность профессионального медико-социального вмешательства в процесс избавления от наркотической зависимости. Наиболее эффективной мерой в работе по профилактике наркомании считают социальную рекламу.

В качестве причин повторного употребления наркотиков пациентами, прошедшими лечение от зависимости, отмечается общение с лицами, употребляющими наркотики, и психологические травмы, стресс и нахождение спасения и избавления от эмоциональной нагрузки в употреблении наркотиков.

Социальная и духовная реабилитация проводится для того, чтобы человек посмотрел на свою зависимость под другим углом, научился жить и справлять-

ся со своими проблемами без помощи наркотического вещества.

Цель медико-социальной работы в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» – воссоздание социальных качеств наркозависимого, возвращение его в общество, окружение, семью. Несмотря на значительные позитивные особенности, деятельность медико-социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» имеет и недостатки, которые и объясняют необходимость разработке рекомендаций по усовершенствованию деятельности учреждения. К данным недостаткам можно отнести слабое развитие реабилитационного направления деятельности, однотипные мероприятия в работе, в направлении медико-социальной реабилитации скудно представлены мероприятия собственно реабилитационной направленности, отсутствие социально-терапевтического направления, слабо развита разработка и реализация комплексных целевых социальных программ.

В качестве основного мероприятия для совершенствования деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» можно предложить разработку терапевтических тренингов, то есть набора терапевтических методик, конечной целью которого является создание единого терапевтического сообщества с единой конкретной целью – избавиться от наркотической зависимости. Также можно предложить решение проблемы созависимости посредством рационализации и оздоровления ближайшего окружения наркозависимого. Еще одной мерой является разработка программ медико-социальной реабилитации наркозависимых. Достаточно эффективной будет являться организация групп самопомощи наркозависимых, в которых участники смогут делиться собственным опытом разрешения социальных, правовых, бытовых, психологических и других трудностей, связанных с наркозависимостью и ее преодолением.

Использование всех вышеперечисленных мер в комплексе способствует восстановлению утраченных социальных функций лица, страдающего наркоманией, возвращению его в социальную жизнь, улучшению эмоционального состояния его и членов его семьи, активного взаимодействия с обществом в целом. На основании приведенных рекомендаций разработана программа медико-

социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью. Модель состоит из основных направлений деятельности и структуры учреждения: отделение медицинской помощи (неотложной, стационарной или амбулаторной); отделение социально-реабилитационной помощи; отделение психологической помощи; отделение профилактической работы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наркоманией является заболевание, обусловленное психической или физической зависимостью от наркотических средств, психотропных веществ, аналогов. Больной наркоманией – это физическое лицо, в отношении которого медицинским учреждением установлен диагноз «наркомания». Причины, которые способствуют росту наркологической зависимости, достаточно разнообразны и в большинстве случаев индивидуальны. Косновным из них относятся физиологические причины возникновения наркомании, психологические или социальные причины возникновения наркомании (семья, ближайшее окружение, травма, любопытство, нигилизм и т.д.). Психологические и социальные причины наиболее разнообразны.

Личность наркомана характеризуется неспособностью к систематической напряженной деятельности, а также стремлением к удовлетворению своих индивидуальных целей, не требующих особых усилий и сопровождающихся чувством удовольствия. Общие закономерности процесса течения наркомании определяются следующими этапами: формированием психической зависимости, в результате которой прием психотропного вещества сопровождается чувством удовлетворения; утратой защитной реакции организма на прием токсической дозы наркотического препарата; развитием физической зависимости, в результате которой при прекращении действия наркотического вещества наступает «ломка» – синдром абстиненции. Личность наркомана можно охарактеризовать сниженной интегративной функцией «Я», эмоциональной неустойчивостью, незрелостью, аффилиативной ведущей потребностью, высоким уровнем мотивации избегания неуспеха, отсутствием потребности в признании, выраженной скрытностью, пассивно-зависимым стилем межличностного поведения и т.д..

Медико-социальная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью, как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения исоциальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников.

Целью медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими отклонениями, а также социально неблагополучных.

Особенность социальной работы с наркозависимыми состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения.

Основная направленность медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, состоит в содействии в получении помощи в связи с заболеванием, которое является причиной инвалидности, профилактике срывов и рецидивов болезни, содействии в прохождении медико-социальной экспертизы, семейном консультировании и семейной терапии, обеспечении благополучного социального микроокружения и т.д.

Наркологическая служба в Амурской области является специализированным учреждением, либо сетью учреждений, где человеку оказывается медико-юридическая, медико-социологическая и лечебно-профилактическая помощь в том случае, если он болен каким-либо видом наркомании или алкоголизмом.

Согласно проведенному исследованию лица, страдающие наркотической зависимостью и пребывающие на лечении в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» характеризуются достаточно противоположными эмоциональными характеристиками (потерянность, грусть, неуверенность, депрессивность, агрессивность, озлобленность). Как фактор возможности приобрести наркотики отмечается высокий доход, и низкое материальное состояние как следствие наркотической зависимости. Также отмечается выпадение из привычного социального окружения. Отношение к наркозависимым можно описать такими характеристиками как страх, осуждение, непонимание, отталкивание, дистанцирование. Однако есть и положительные характеристики отношения, а именно: забота, повышенная опека, желание помочь. Отмечается депривация наркозависимых. Образ жизни наркозависимого ассоциируется с отсутствием хобби, бесцельным проведением времени, поиском средств на

приобретение наркотика и поиском новых ощущений.

Цель медико-социальной работы в ОГУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер» – воссоздание социальных качеств наркозависимого, возвращение его в общество, окружение, семью.

Несмотря на значительные позитивные особенности, деятельность медико-социальной службы ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» имеет и недостатки, которые и объясняют необходимость разработке рекомендаций по усовершенствованию деятельности учреждения. К данным недостаткам можно отнести слабое развитие реабилитационного направления деятельности, однотипные мероприятия в работе, в направлении медико-социальной реабилитации скудно представлены мероприятия собственно реабилитационной направленности, отсутствие социально-терапевтического направления, слабо развита разработка и реализация комплексных целевых социальных программ.

В качестве основного мероприятия для совершенствования деятельности ОГУЗ «Амурский областной наркологический диспансер» можно предложить разработку терапевтических тренингов, то есть набора терапевтических методик, конечной целью которого является создание единого терапевтического сообщества с единой конкретной целью – избавиться от наркотической зависимости.

Также можно предложить решение проблемы созависимости посредством рационализации и оздоровления ближайшего окружения наркозависимого.

Еще одной мерой является разработка программ медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Достаточно эффективной будет являться организация групп самопомощи наркозависимых, в которых участники смогут делиться собственным опытом разрешения социальных, правовых, бытовых, психологических и других трудностей, связанных с наркозависимостью и ее преодолением

Использование всех вышеперечисленных мер в комплексе способствует восстановлению утраченных социальных функций лица, страдающего нарко-

манией, возвращению его в социальную жизнь, улучшению эмоционального состояния его и членов его семьи, активного взаимодействия с обществом в целом. На основании приведенных рекомендаций разработана программа медико-социальной работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью. Модель состоит из основных направлений деятельности и структуры учреждения: отделение медицинской помощи (неотложной, стационарной или амбулаторной); отделение социально-реабилитационной помощи; отделение психологической помощи; отделение профилактической работы.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Аверин, А.М. Социальная защита отдельных категорий населения / А.Н. Аверин. – М.: РАГС, 2009. – 215 с.
- 2 Агапов, Е.П. История социальной работы / Е.П. Агапов, К.В. Волощукова. – М.: Дашков и К, 2010. – 315 с.
- 3 Анафьянова, Т.В. Особенности социально-медицинской работы с лицами и группами девиантного поведения в регионе / Т.В. Анафьянова. – М.: Академия естествознания, 2011. – 223 с.
- 4 Анафьянова, Т. В. Особенности социально-медицинской работы с лицами и группами девиантного поведения в регионе / Т.В. Анафьянова. – М.: Академия естествознания, 2011. – 223 с.
- 5 Анисимова, С.Г. Наркотизм молодежи северных территорий: особенности и профилактика / С.Г. Анисимова // Социологические исследования. – 2011. – №7. – С. 15-19.
- 6 Бахадова, Е.В. Неблагополучная семья как фактор формирования девиантного поведения детей / Е.В. Бахадова // Вопросы психологии. – 2009. – № 1. – С. 25-29.
- 7 Боев, Б. Наркомания в России: анализ и прогноз демографических последствий / Б. Боев // Alma–mater. – 2014. – № 3. – С.26-46.
- 8 Вайнер, Э.Н. Профилактика аддиктивного поведения в молодёжной среде / Э.Н. Вайнер // Основы безопасности жизни. – 2011. – № 3. – С. 43-49.
- 9 Гурвич, И.Н. Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности / И.Н. Гурвич // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004. – № 1. – С. 103-124.
- 10 Дементьева, Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы / Н.Ф. Дементьева, Л.И. Старовойтова. – М.: Академия, 2013. – 272 с.
- 11 Женская наркомания и гендерные особенности зависимости от наркотиков / С.О. Краснова // Журнал социологии и социальной антропологии. –

2015. – № 3. – С. 185-193.

12 Жукова, В.И. Социальная работа в наркологии / В.И. Жукова // Технологии социальной работы. –2011. – № 7. – С. 86-94.

13 Зарецкий, А.Д. Менеджмент социальной работы / А.Д. Зарецкий. – М.: Огни, 2017. – 192 с.

14 Иваницкая, Е. Алкоголь, курение, наркотики: как выстроить систему эффективной профилактики / Е. Иваницкая, Т. Щербакова. – М.: Чистые пруды, 2008. – 32 с.

15 Использование информационных технологий в социальной сфере [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://www.tspu.tula.ru/res/i№format/Ucheb№ik/i№dex.htm>.– 04.06.2017.

16 История развития реабилитации наркозависимых [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://soc-work.ru/article/522>.– 02.06.2017.

17 Коньгина, М.Н. Профессионально-этические основы социальной работы / М.Н. Коньгина. – М.: Академический Проект, 2009. – 184 с.

18 Куканова, Е.В. Введение в специальность. Социальная работа / Е.В. Куканова, П.Д. Павленок. – М.: Инфра-М, Форум, 2016. – 128 с.

19 Медведева, Г.П. Деонтология социальной работы / Г.П. Медведева. – М.: Академия, 2011. – 225 с.

20 Медведева, Г.П. Профессионально-этические основы социальной работы / Г.П. Медведева. – М.: Академия, 2016. – 272 с.

21 Миронов, Р.Г. Наркомания – реальная угроза национальной безопасности / Р.Г. Миронов // Социально-гуманитарные знания. –2015.–№ 3. – С. 78-82.

22 Назарова, Е.Н. Основы социальной медицины / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жилов. – М.: Академия, 2010. – 367 с.

23 Наркомания как один из видов аддиктивного поведения: метод.пособ. / ред. Ж.В.Гаруц. – Брест: БрГТУ, 2016.–35 с.

24 Наркотики – оружие массового поражения // ОБЖ. – 2014.– №4. – С. 45-51.

- 25 О концепции борьбы с наркоманией: система культурного воздействия общества / Т.Г. Киселева // Ученые записки. – 2011. – № 3. – С. 77-83.
- 26 Основные технологии социальной работы / Л.П. Кузнецова. – [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://studenotam.net/coloteNet/view/56/12>. – 07.06.2017.
- 27 Павленок, П.Д. Наркомания и токсикология как формы девиантного поведения: теория и практика работы по предотвращению и избавлению от наркотической зависимости / П.Д. Павленок, М.Я. Руднева // Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения. – 2010. – № 1 – С.59-69.
- 28 Павленок, П.Д. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения / П.Д. Павленок, М.Я. Руднева. – М.: ИНФРА-М, 2011. – 183.
- 29 Павленок, П.Д. Технологии социальной работы с различными группами населения / П.Д. Павленок. – М.: Инфра-М, 2014. – 359 с.
- 30 Попов, В.А. Наркоситуация в России как социально-педагогическая проблема / В.А. Попов // Педагогика. – 2011. – № 3. – С. 45-50.
- 31 Прусс, М.С. Как избавиться от наркотической зависимости: скажи наркотику «прощай» / М.С. Прусс, Л.Л. Кельин. – СПб.: Нева, 2012. – 160 с.
- 32 Садыкова, Р. Антинаркотическая работа / Р. Садыкова // Социальное обеспечение. – 2006. – № 5. – С. 14-18.
- 33 Социальная работа с наркоманами. Технология лечения и социальной реабилитации[Электронный ресурс]. –Режим доступа: [http://anotimark.vremya.ru/law/sotsialnaja\\_rabota\\_s\\_narkomami\\_tehnologija\\_lechenija\\_i\\_sotsialnoj\\_reabilitatsii](http://anotimark.vremya.ru/law/sotsialnaja_rabota_s_narkomami_tehnologija_lechenija_i_sotsialnoj_reabilitatsii). – 03.06.2017.
- 34 Специфика социальной работы с наркозависимыми [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://www.sociodone.ru/codos-69-1.html>. – 04.06.2017.
- 35 Теория социальной работы / ред. Е.П. Агапов. – М.: Дашков и К, 2010. – 359 с.
- 36 Тетерский, С.В. Введение в социальную работу / С.В. Тетерский. – М.: СИНТЕГ, 2016. – 496 с.
- 37 Технология комплексной реабилитации несовершеннолетних разных

возрастных групп как форма социальной работы с семьями и детьми, профилактика их социальной дезадаптации и семейного неблагополучия / ред. Д.И. Кича. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007. – 415 с.

38 Технология социальной работы: учеб. / ред. А.А. Чернецкая. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 400 с.

39 Торшин, А. Проблема наркомании становится реальной угрозой / А. Торшин // Вопросы социального обеспечения. – 2011. – № 23. – С. 9-10.

40 Фирсов, М.В. Введение в профессию «Социальная работа» / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова. – М.: КноРус, 2014. – 224 с.

41 Фирсов, М.В. Психология социальной работы: содержание и методы психосоциальной практики / М.В. Фирсов, Б.Ю. Шапиро. – М.: Академия, 2002. – 192 с.

42 Холостова, Е.И. Семейное воспитание и социальная работа / Е.И. Холостова, Е.М. Черняк. – М.: Дашков и К, 2010. – 292 с.

43 Циткилов, П.Я. Технология социальной работы / П.Я. Циткилов. – М.: Спектр, 2011. – 447 с.

44 Шипунова, Т.В. Технология социальной работы: соц. работа с лицами девиантного поведения / Т.В. Шипунова. – М.: Академия, 2011. – 500 с.

45 Шнейдер, Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б. Шнейдер. – М.: Академический проект, 2007. – 351 с.

46 Юзефовичус, Т.А. Проблемы социальной работы с молодежью / Т.А. Юзефовичус. – М.: Academia, 2016. – 208 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Программа исследования реабилитации лиц, имеющих наркотическую зависимость, через Амурский областной наркологический диспансер

Объектом исследования являются сотрудники АОДН, осуществляющие содействия реабилитацию зависимых граждан в Амурской области.

Предметом исследования является реабилитация лиц, страдающих наркоманией через Амурский областной неврологический диспансер.

Определение цели и постановка задач исследования.

Целью данного исследования является восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого, трудового потенциала и ведения трезвого образа жизни.

Задачи определяются необходимостью достижения конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного, путем ее активной направленной реорганизации.

Отдельные задачи реабилитации могут быть сформулированы следующим образом:

- 1) формирование у зависимых осознанной и стабильной мотивации (установки) на окончательный отказ от приема наркотиков;
- 2) осуществление комплекса оздоровительных и психологических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к наркотикам, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни;
- 3) психологическая коррекция поведенческих, аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств, развившихся или усугубившихся в процессе болезни;
- 4) укрепление соматического здоровья пациентов на основе обучения навыкам ведения здорового образа жизни;
- 5) коррекции структуры личности больного и обеспечение позитивного

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

личностного развития – через закрепление навыков активной саморегуляции, конструктивного общения, формирование адекватной самооценки и нормативной иерархии ценностей;

б) повышение уровня социального функционирования больного, формирование (восстановление) системы позитивных семейных, средовых связей;

7) достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков систематической занятости, образовательной и профессиональной подготовки, а также восстановлении образовательной и трудовой деятельности.

Уточнение и интерпретация основных понятий.

1) Наркомания – хроническое психическое прогрессирующее заболевание, характеризующееся пристрастием к наркотикам, с психической и физической зависимостью от них.

2) Диспансер – специальное лечебно-профилактическое медицинское учреждение, оказывающее медицинскую помощь определённым группам населения и осуществляющее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.

3) Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, отсутствие болезней и физических дефектов.

4) Медицинская помощь – диагностика, лечение и профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности людей, продление жизни, а также облегчения страданий от физических и психических недугов.

5) Охрана здоровья – одна из функций государства, комплекс мер, направленных на улучшение здоровья отдельного члена общества и всего общества в целом.

б) Психологическая помощь – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетент-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

ности людей и оказания психологической помощи как отдельному человеку, так и группе или организации

7) Реабилитация – это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от потребления наркотиков, вызывающих зависимость..

Социальное консультирование – это квалифицированный совет лицам, испытывающим различные социальные проблемы, с целью их социализации, восстановления и оптимизации их социальных функций, выработке социальных норм общения, а также предоставления информации по интересующим вопросам.

Предварительный системный анализ объекта исследования.

Пояснения к структурной операционализации.

Виды оказываемой помощи:

– медицинская – диагностика, лечение и профилактика наркотической зависимости;

– психологическая –повышение социально–психологической компетентности зависимых лиц и оказания психологической помощи как отдельному гражданину, так и его семье;

– содействие в социальной адаптации – содействие трудоустройству, мотивация на начало или продолжение обучения, стимулирование активной социальной жизни.

– пост–реабилитационная поддержка – создание групп поддержки для лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Технологии социальной работы с безработными гражданами:

– медицинская помощь – это квалифицированная помощь зависимым лицам, выражающаяся в консультировании, мотивации на лечение и непосредственно лечении;

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

– психологическая и социальная адаптация – с помощью специалистов и психологов лица, имеющие наркотическую зависимость избавляются от пагубной привычки, мотивируются на ведение здорового образа жизни и отказа от наркотиков, включаются в полноценную социальную жизнь.

Задачи реабилитации решаются в процессе комплексно, на каждом отдельном его этапе конкретные задачи выдвигаются в качестве приоритетных.

Реабилитационная работа с лицами, страдающими наркотической зависимостью, может быть успешной только в случае ее проведения на основе постоянного соблюдения ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве. Соблюдение этих принципов позволяет начать реабилитацию, включив пациента в конкретную целевую программу, удерживать больного в этой программе, обеспечивать его активность в ходе ее реализации и рассчитывать на итоговый положительный результат.

Добровольность участия больного в реабилитационных мероприятиях.

Больной должен дать свое согласие на участие в реабилитации и на пребывание в специализированном учреждении (организации). Это согласие должно быть зафиксировано письменно и подписано больным или его законными представителями. Целесообразно заключение между пациентом и администрацией реабилитационного учреждения (организации) «договора», имеющего важное организационное, дисциплинарное и психологическое значение, в котором должны быть указаны права и обязанности сторон, условия пребывания пациента в учреждении, конкретный объем оказываемой помощи, а также причины, по которым возможно досрочное прерывание реабилитационных мероприятий.

Доступность и открытость реабилитационных учреждений.

Каждый пациент должен иметь возможность – при отсутствии противопоказаний – поступить в реабилитационное учреждение (организацию), а также по собственному желанию прервать реабилитацию в любой момент. Реабилитация

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

тационные учреждения (организации) должны быть открыты для любых форм общественного контроля и попечительства.

Доверительность и партнерство.

Персонал реабилитационных учреждений (организаций) должен постоянно прилагать усилия по созданию и поддержанию доверительных отношений с пациентами, атмосферы взаимного уважения и взаимопонимания. Эффективная реабилитация больных наркоманией возможна только в случае построения системы партнерства между ними и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, откровенном диалоге. Такая реабилитационная атмосфера помогает поддерживать веру больных в выздоровление, в возможность решения сложных личностных проблем, достижения достойного места в обществе. Создаваемая в реабилитационных центрах реабилитационная среда должна служить моделью будущей жизни пациента в обществе.

Единство социальных, психологических и оздоровительных методов целевого воздействия.

Применяемые в реабилитационных учреждениях различные социально-психологические и оздоровительные методы составляют неразрывное единое целое в плане их взаимодействия и направленности на обеспечение эффективности реабилитации. Приоритетность тех или иных методов определяется индивидуальной спецификой патогенеза и клинической картины болезни, особенностями структуры личности и социального статуса пациентов, а также задачами каждого конкретного этапа реабилитации. Подключение к решению выше-названных задач всех заинтересованных ведомств системы профилактики.

Многообразие и индивидуализация форм (моделей) реабилитационной работы.

Успешность реабилитационной работы с различными контингентами зависимых от наркотиков обеспечивается применением разнообразных организационных форм (моделей) ее в рамках различных по структуре и содержанию

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

деятельности специализированных учреждений (организаций). В каждом конкретном случае при выборе такой модели (учреждения или его подразделения) максимально учитывается необходимость индивидуализации построения реабилитации.

Многоступенчатость (этапность) реабилитационных мероприятий.

Процесс реабилитации больных наркоманией строится поэтапно – с учетом объективной оценки реального состояния конкретного пациента в динамике.

Такая оценка должна базироваться на суммарных характеристиках психического, психологического, соматического, социального (семейного, образовательного, профессионального, группового) статуса больного. В совокупности эти данные определяют индивидуальный реабилитационный потенциал (ресурс), позволяющий составить представление о возможностях данного пациента в плане решения основных задач реабилитации.

Различные программы реабилитационных мероприятий могут реализовываться в различных реабилитационных структурах, отличаясь по содержанию целевой работы, ее формам, методам, по продолжительности пребывания больного в учреждении. Оптимальное ограничение сроков пребывания в конкретном учреждении, а также обеспечение активности и занятости больных решают задачи по преодолению тенденций к переходу болезни в хроническую стадию и последующей госпитализации.

Каждое реабилитационное учреждение (организация) может представлять собой отдельный этап осуществления реабилитационных мероприятий. Кроме того, динамика пребывания больного в таком учреждении также предполагает разделение ее на отдельные этапы, в течение которых реализуется тот или иной объем диагностических и целевых мероприятий, соблюдается определенный режим (распорядок) дня.

Представляется целесообразным, помимо принципов организации реби-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

литации, выделить ряд требований к ней, обязательных ее условий, соблюдение которых оптимизирует реабилитационную работу, будет способствовать ее эффективности.

Отказ пациентов от употребления наркотиков.

Выздоровление и реабилитация могут быть успешным только в случае закрепления у каждого пациента установки на полное и бесповоротное воздержание от потребления в любой форме наркотиков.

Личная ответственность пациента за успешную реализацию лечебных и реабилитационных мероприятий.

С самого начала включения пациента в реабилитацию необходимо стремиться к тому, чтобы он играл максимально активную и ответственную роль в противостоянии болезни, в достижении личностного роста и развития, в поисках своего места в семье, в коллективе, в обществе в целом. Таким образом, обеспечивается отказ от патернализма – излишней опеки, принятия на себя ответственности за успешность реабилитации со стороны персонала.

Обеспечение правовой и организационной регламентации реабилитации.

Все правовые, организационные и этические стороны взаимоотношений пациентов (а также их родственников и законных представителей) с персоналом специализированных учреждений должны регулироваться на основе действующих законодательных и нормативных (ведомственных) актов.

Создание в реабилитационном учреждении единой «бригады» («команды») специалистов.

Качество реабилитации, эффективность целевой программы обеспечиваются согласованными усилиями всех сотрудников реабилитационного учреждения – различных в профессиональном плане специалистов, взаимодействующих в структуре единой «команды», что создает возможность для максимального полного охвата всех проблемных аспектов функционирования пациентов и их ближайшего окружения.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Процесс реабилитации больных наркоманией в реабилитационном центре базируется на принципе многоступенчатости его построения – последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационных мероприятий.

### I. Адаптивный этап.

Первичный, вводный, ориентирующий, оценочный этап; «вход», «привыкание», 1–ая ступень.

Продолжительность 1–го этапа – от 10 дней до 1–го месяца.

Рекомендуемые для 1–го этапа реабилитационные технологии:

- система коллективного взаимодействия в рамках терапевтического сообщества;
- система самообслуживания и взаимопомощи;
- система трудовой занятости;
- развивающая групповая работа: в том числе групповая коммуникативная терапия, 12–шаговая программа, арт–терапия;
- методики повышения уровня психической саморегуляции;
- психодиагностические процедуры;
- оздоровительные процедуры.

Таким образом, на 1–ом этапе реализации программы активно используются все ее составные элементы: «терапия средой», «терапия занятостью», психологическое и оздоровительное воздействие. Пациент находится в статусе «новичка», «кандидата» с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом и регламентом работы реабилитационного центра требований и ограничений.

### II. Интеграционный этап.

Основной этап, этап активных изменений, «ядерной терапии», включения пациентов в полном объеме в реабилитационную программу, 2 ступень.

Продолжительность второго этапа рассчитана на 2 месяца (8 недель), при необходимости она может быть расширена до 10 недель.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Основные задачи, решаемые на II этапе:

- максимальная интеграция пациентов в режим жизнедеятельности и структуру терапевтического сообщества, усвоение ими всех его норм и правил;
- интериоризация программных установок, используемых психологических технологий, обеспечение активного модуса поведения пациентов в групповой работе и трудовых процессах;
- реализация (объективно и субъективно положительно–оцениваемая) у пациентов ожидавшихся эффектов применения реабилитационных технологий – в плане успешной психологической и поведенческой коррекций, повышения уровня психофизической регуляции, усвоения навыков адекватного поведения в проблемных ситуациях, формирования реальных условий и индивидуальных стимулов для развития и гармонизации личности (субъективно высоко значимых интересов, перспективных целей), закрепления навыков противостояния болезни;
- выявление и закрепление признаков динамически–развивающейся ресоциализации;
- существенное физическое оздоровление.

Рекомендуемые для II этапа реабилитационные технологии:

- все технологии коллективного взаимодействия и «терапии средой»;
- все формы трудовой занятости;
- образовательная профессиональная подготовка;
- все целевые развивающие групповые методики;
- все методики активной психофизической саморегуляции;
- оздоровительные технологии и процедуры, включая обливание, пробежки, спортивные занятия, фито- и саунотерапию;
- подготовительные мероприятия и процедуры активного разрешения комплекса социальных проблем.

III. Стабилизационный этап.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Завершающий, заключительный этап, «выход (из программы реабилитационного центра)», «выпуск», возвращение в семью, внешняя ориентация, 3–я ступень.

Продолжительность этого этапа может варьироваться от 2 недель до 6 недель.

Основные задачи, решаемые на III этапе:

- усиление и закрепление эффектов применявшихся психо– и социотерапевтических методик и технологий, их активное использование в проблемных ситуациях;

- завершение курсов образовательных занятий, циклов профессиональной подготовки и переподготовки;

- активная подготовка пациентов к выписке из реабилитационного центра, постепенное отделение от терапевтического сообщества через последовательную смену режимов пребывания в реабилитационном центре и за его пределами;

- постепенное сокращение применения накладываемых регламентом реабилитационного центра на пациентов режимных

- закрепление и реализация пациентами навыков самостоятельного принятия решений и их практического осуществления;

- стабилизация на удовлетворительном уровне основных характеристик личностного и поведенческого статуса;

- формирование позитивно–ориентированной системы социальных отношений и поддержки пациентов;

- обеспечение готовности пациентов к ведению трезвого образа жизни.

Рекомендуемые для III этапа реабилитационные технологии:

- все формы трудовой занятости (как в рамках реабилитационного центра, так и вне его); продолжение и завершение конкретных этапов образовательной и профессиональной подготовки;

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

- все формы и процедуры коллективного взаимодействия (в том числе – на уровне участия пациентов в их организации и руководстве ими);
- все целевые групповые методики (в том числе – участие пациентов в занятиях в качестве лидеров групп), при необходимости упор на семейную терапию;
- связь с «внешними» группами «АА», «АН», «клубами трезвости» и т.п. с включением при возможности в их деятельность;
- психодиагностические процедуры с целью изучения динамики в процессе реабилитации;
- оздоровительные технологии и процедуры, спортивные занятия с выполнением все более высоких нормативов и включением соревновательных элементов;
- процедуры решения социальных и правовых проблем (выписка домой или перевод в «дом на полпути», трудоустройство, обеспечение жилищем, оформление нового правового статуса, юридическая поддержка пациентов и т.д.).

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Программа терапевтического тренинга

#### ЗАНЯТИЕ 1.

Тренинг Правда или вымысел

Игра усиливает групповую сплоченность и создаёт атмосферу открытости.

Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Подготовка: вы можете сами начать игру и рассказать группе три короткие истории из своей жизни. При этом две из них должны быть настоящими, а одна вымышленной. Группа пытается выяснить, какая история выдуманная.

Ход игры: возможность рассказать три истории представиться каждому участнику по кругу. Группа после услышанных историй определяет какие действительные а какая вымышленная, можно советоваться между собой и задавать вопросы рассказчику историй.

Обсуждение:

1. Что было самым важным для тебя?
2. Трудно было рассказывать вымышленную историю?
3. Трудно было определить где вымысел а где правда у других участников?
4. Какие сделал выводы? Что хотел бы добавить?

Заключение: Круг чувств.

#### ЗАНЯТИЕ 2

Коллаж выздоровления

Тренинг на групповую динамику, сплочение группы, коммуникацию, выздоровление.

Возможны варианты:

- На ватмане один большой рисунок, делается совместно.
- Раздаются стандартные альбомные листы А4, по одному на каждого.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Сперва складываются все вместе, превращаясь в один большой лист – но при этом видно, что пространство каждого участника в этом общем пространстве сохраняется. Ведущий озвучивает, что также и в РЦ – у каждого есть его личное выздоровление, а есть и общее. И когда меняется один из пациентов – меняется и вся группа (ведь если изменится один лист – переменится и общая картина); меняется группа – это отражается на каждом участнике.

Группе дается задача – сделать общий коллаж выздоровления. При этом сперва надо обсудить общую концепцию, потом каждый делает свою часть рисунка – на своем листе бумаги. В конце складывается общий коллаж, обсуждается.

Ведущий занимает роль невключенного наблюдателя, вмешивается только при необходимости.

### ЗАНЯТИЕ 3

#### Трансформация негатива (с использованием арт-терапии)

Участников настраивают на контакт с Тенью – со своей негативной стороной. Для этого ведущий немного рассуждает о том, что все в природе дихотомично, двойственно: день и ночь, вдох и выдох, жизнь и смерть... Это не хорошо и не плохо. Это просто данность. Нельзя прожить одними вдохами, не выдыхая – также закономерны и ночь, смерть, грусть... И в каждом человеке тоже есть 2 части: светлая и темная. В сумраке нашей темной стороны таятся негативные эмоции, неприятные воспоминания, плохие поступки... И это есть у каждого человека. Это не хорошо и не плохо – как и смена времен года. Это закономерно.

Если прятаться от своей темной стороны – она все равно о себе заявит. Причем это будет, как взрыв, как раскрывающаяся пружина. Но и если ее культивировать, поливать и удобрять, то тогда можно принять на себя роль «анти-героя», «плохого парня», и тогда уже светлая сторона окажется ущемленной, нарушится контакт с собой, не говоря уж о том, что начнут разрушаться и внешние связи – с социумом, миром вообще...

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

И позитивный вариант, который здесь существует: познакомиться со своей темной стороной, осветить туда фонариком, узнать свою Тень, свои негативные эмоции и поступки.

Когда я не знаю свою Тень – она владеет мной; когда я поворачиваюсь лицом к своей Тени – я ей владею.

Проведение.

Участникам раздают бумагу, инструменты для рисования. Просят посидеть, закрыв глаза, настроиться на свою Темную сторону. Тень. Можно дать подсказки – базис для образного ряда:

- «Вы спускаетесь по лестнице в темный подвал...»
- «Вы стоите перед дверью, за которой хранятся ваши тяжелые воспоминания, негативные чувства, желания... И Вы приоткрываете эту дверь, заглядываете туда»
- Представьте образ – как бы выглядели все Ваши негативные чувства, желания, поступки, воспоминания, если бы они вдруг разом приняли некую форму?...»
- и т.д., вариации на тему

Потом ведущий просит выбрать те цвета, которыми участник захочет рисовать свой образ. Потом брать дополнительные цвета уже нельзя.

И – каждый рисует свою Темную сторону, свою Тень – то, что в себе не любит, не принимает, осуждает, от чего хотел бы избавиться... Это может быть абстрактный рисунок или конкретный – никаких ограничений нет...

Затем идет обсуждение рисунков по следующему принципу: автор рисунка демонстрирует свое творение, а остальные устраивают «мозговой штурм»: «что я здесь вижу хорошего», «что мне нравится в этом рисунке» (креативность, подбор цвета и т.д.)

### ЗАНЯТИЕ 4

Тренинг Кувшин желаний

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Участникам группы раздают бумагу, всякие там разные инструменты для рисования (но не фломастеры).

Ведущий рассказывает притчу, параллельно рисует на доске кувшин:

- – Один мудрец собрал своих учеников, поставил перед ними кувшин и спросил: «Полный ли он?» (рисует пустой кувшин). «Пустой!» – ответили ученики. И тогда мудрец кинул в кувшин большие камни (рисует их внутри кувшина). «Полный ли он?» – спросил мудрец еще раз. «Да!» – ответили ученики. Но мудрец кинул в кувшин камни поменьше, и они поместились (рисует их в кувшине). «Да, кувшин не был полным, но теперь – то он заполнился», – решили ученики. Но мудрец кинул туда гальку, и она вместилась (добавление к рисунку). «Ну теперь – то он заполнился!» – сказали ученики, но мудрец насыпал туда песок (добавление к рисунку). И вновь решили ученики, что кувшин полон – но мудрец долил туда еще и воду (дорисовывает воду).

Так заполняется и наша жизнь – в ней много всего, много желаний и целей, но какие-то из них – большие и важные, какие-то – средние, какие-то – так, мелочь, но все равно нужны... И важно понимать для себя эту внутреннюю иерархию – что для меня сейчас в жизни важнее всего, а что вторично, третично и т.д. Чтобы не расплыться, не растратить энергию на мелочи.

Каждому предлагается нарисовать свой «кувшин желаний», четко определив – что в нем будет большими камнями, что – средними, что – галька, песок, а что – просто вода, некий важный фон

### ЗАНЯТИЕ 5

Тренинг Вредное и полезное.

Цель: Дать возможность каждому высказать свою точку зрения на происходящее в группе, внести коррекцию, наметить цели на улучшение процесса, дать понять, что от каждого зависит обстановка в группе. Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Инструкция: «Я хотел бы, чтобы у каждого из вас появилась возможность

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

сообщить, как он оценивает ситуацию в группе, что кажется ему трудным, в чём он видит основу продуктивной работы, чего ему недостаёт, чего он хотел бы. Посмотрите друг на друга и выберете того, с кем бы вы хотели поговорить с глазу на глаз о том, как вы чувствуете себя в группе.»  
Ход игры: Участники делятся на пары и начинают обсуждать между собой, что кажется им самым существенным и полезным для продолжения успешной работы группы, а что, наоборот, мешает ей и что можно с этим сделать, вносят коррекцию. Затем все возвращаются в круг и каждая пара по очереди комментирует совместное виденье процесса задают вопросы друг другу, планируют совместно дальнейшие шаги...

Обсуждение:

1. Что меня удивило в этом упражнении?
2. Что было для меня особенно важным?
3. Что ещё я хотел бы сказать?

Заключение: Круг чувств.

Занятие 6

Тренинг Учимся ценить индивидуальность.

Цель: научить ценить индивидуальность, принимать людей такими какие они есть.

Начало: круг чувств. Объяснение тренинга. Члены группы рассаживаются в круг, у каждого бумага и карандаш.

Вступление: «Мы часто хотим быть точно такими же, как остальные, и страдаем, чувствую, что отличаемся от других. Иногда действительно хорошо, когда мы – как все, но не менее важна и наша индивидуальность. Её можно и нужно ценить!» если бы мы умели ценить собственную индивидуальность, нам было бы легче принимать индивидуальность партнёра.

Ход игры: Каждый участник должен написать по 3 признака, которые отличают его от всех остальных членов группы. Информация должна носить по-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

зитивный характер (достоинства, таланты, жизненные принципы и т. д.) (3 мин). Приведите 3 примера из собственной жизни, чтобы им стало полностью понятно, что от них требуется. Предупредите, что вы соберёте записи и зачитаете их, а члены группы будут отгадывать, кто автор.

Соберите листочки и ещё раз отметьте положительные аспекты того, что люди не похожи друг на друга: мы становимся интересны друг для друга может найти нестандартное решение проблемы, дать друг другу импульсы к изменению и обучению.

Обсуждение:

1. Что было самым важным для тебя?
2. Можешь ли ты принимать индивидуальность другого человека?
3. Какие сделал выводы? Что хотел бы добавить?

Заключение: Круг чувств.

### ЗАНЯТИЕ 7

Тренинг Угадай, о ком идёт речь?

Цель: Научить участников проявлять друг к другу внимание, при этом сохранять объективность.

Материалы: бумага и карандаш.

Начало: Круг чувств.

Ход игры: Члены группы рассаживаются в круг, чтобы все могли видеть друг друга. Каждый участник выбирает кого-нибудь из группы и письменно фиксирует его особенности: черты лица, одежду, строение тела, характерные движения, черты характера, приоритеты и принципы. Членам группы следует работать аккуратно, чтобы никто не заметил, за кем ведётся наблюдение. Каждый участник описывает по возможности объективно и безоценочно. (на описание отводится 6 мин)

Затем один за другим участники зачитывают свои заметки, а остальные каждый раз отгадывают, кто был описан.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Обсуждение:

1. Сложно ли было описывать участников и сохранять при этом объективность?
2. Что для тебя было самым важным в этом тренинге?
3. Что я ещё хочу сказать?
4. Часто ли я оцениваю людей и в каком формате?

Заключение: Круг чувств.

### ЗАНЯТИЕ 8

Тренинг Привлекательная группа

Цель: научиться говорить комплименты друг другу, выражать позитивное мнение друг другу и на сплоченность. Научится видеть плюсы в людях, чтобы каждый увидел плюсы в себе.

Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Вступление: «Часто мы видим самих себя совсем иначе, чем другие. Обычно мы свои самые строгие критики. Во многом это связано с тем, что другие люди не говорят о том, насколько они любят нас или расположены к нам. Увы, почему-то в нашем обществе не принято говорить друг другу комплименты».

Ход игры: садятся все в круг и по кругу каждый из участников высказывает комплименты либо положительные черты характера, какие-либо действия, которые нравятся в человеке. Про каждого присутствующего высказывают мнения все участники. Тот, про кого высказывают мнение коллектив, молчит и не комментирует.

Когда все участники получили «положительный заряд», подводятся итоги.

Обсуждение:

1. Что удивило вас в этой игре?
2. Как вы чувствуете себя теперь?

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

3. Легко ли было говорить или выслушивать комплементы?

4. Испытывали ли вы смешанные чувства?

5. Какие сделал выводы? Что хотел бы добавить?

Заключение: Круг чувств.

### ЗАНЯТИЕ 9

Тренинг «Негативные трансформации»

Цель: развитие групповой динамики, работа с проекциями.

Проведение:

- группа садится в круг;
- все закрывают глаза, кроме первого высказывающегося, он оглядывает группу и выделяет человека, который ему больше всего не нравится. После этого высказывает то, что именно в этом человеке ему не нравится.

При этом обязательное условие: чтобы никто не догадался, о ком идет речь. Поэтому о нем говорится в 3-м лице и этот человек называется «фантом» – нечто безликое, без конкретизации. Нельзя говорить: «Этот молодой человек в красной футболке» и т.д.; правильно: «Этот фант». И претензии должны быть не к поступкам, а к человеческим качествам: «Этот фант кажется мне агрессивным», «Этот фант меня раздражает своим беспокойством» и т.д. Когда первый участник сказал об этом фанте все, что хотел, он касается рукой соседа и закрывает глаза – теперь тот открывает глаза и начинает говорить. И т.д. по кругу – это «Круг негатива».

- После этого – «Круг позитива», по такому же принципу.

После этого идет светская беседа о том, кому каково было высказывать позитив, негатив, каково было слушать других – принимали ли на себя негатив, позитив. чего больше и как это было.

В конце ведущий рассказывает про механизм проекции. Другой человек для нас – зеркало, и то, что нас цепляет, то, что мы там видим в первую очередь – на самом деле про нас. Т.е. весь позитив и негатив, которые проговаривались, на самом деле каждый говорил сам о себе.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### ЗАНЯТИЕ 10

Тренинг Личный багаж.

Цели: Развить способности составления психологического портрета человека; освоить активный стиль общения и развить в группе отношение творческого содружества, открытости и партнерства; помочь членам группы разобраться в себе, преодолеть внутренние барьеры, неуверенность, скованность. Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Материал: бумага для записи вещей, входящих в личный багаж участников, ручки.

Ход игры: Представьте, что вскоре вам предстоит расстаться, и каждый готовит свой рюкзак. Это его личный багаж. Мы будем собирать его вместе. При этом договоримся класть в него не вещи, а личные качества товарища. Поровну: те, которые мы в нём полюбили, и те, которые, как нам кажется, могут ему в личной жизни помешать.

Правила игры:

1. Мы кладём только те качества, свидетелями которых мы стали во время совместной работы.

2. Мы не можем положить те качества, за которые не проголосовала вся группа. Даже один человек обладает правом вето. Группе сначала придётся переубедить его, прежде чем положить это качество в багаж.

3. Участник, которому собирается багаж выходит из помещения.

Примечание: Для каждого участника, которому группа помогла собрать личный багаж, составляем итоговый список, указываем дату и ставим подписи членов группы. Этот лист торжественно вручаем каждому собранному игроку.

Завершение:

1. Что вам понравилось в игре?
2. Что заставило задуматься над тем, как воспринимает вас группа?
3. Какие вещи, данные вам в дорогу группой, явились для вас неожиданностью?

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

4. Согласны ли вы с тем багажом, которым группа снарядила вас?
  5. Может быть, вы не готовы или не хотите прислушаться к мнению группы?
  6. Какие составляющих багажа вы хотели бы всё же оставить?
- Заключение: Круг чувств.

### ЗАНЯТИЕ 11

#### Тренинг Поддерживаем друг друга

Упражнение на доверие и сплочённость в группе.

Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Подготовка: отодвиньте столы и стулья в сторону и освободите место для игры. Желательно постелить на пол ковер.

Ход игры:

участники делятся на пары. Партнёрами должны стать люди примерно одинаковых пропорций. Теперь они встают друг перед другом на расстоянии руки и берутся за руки крест–накрест. Обратите внимание группы на то, что в этом упражнении важна абсолютная надёжность. Полностью сконцентрировав внимание друг на друге, партнёры медленно, под контролем ведущего начинают перемещать свой центр тяжести.

Партнёры переносят вес вперёд, затем делают несколько крохотных шагов назад, так что вес каждого удерживается благодаря противодействующему давлению другого. Каждая пара сама определяет угол наклона.

Когда упражнение становится предельным, пара на мгновение застывает в этой позиции. Затем партнёры медленно и равномерно возвращаются в вертикальное положение, маленькими шажками продвигаясь вперед, пока не достигнуто исходного положения и каждый из них сможет стоять самостоятельно. Далее эту же процедуру проделывает следующая пара.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Обсуждение:

1. Что было самым важным для тебя?
2. Было ли страшно довериться?
3. Было ли переживание за своего партнёра?
4. Какие сделал выводы? Что хотел бы добавить?

Заключение: Круг чувств.

### ЗАНЯТИЕ 12

Тренинг Экспедиция.

Цели: Стимулировать исследование стратегии самопрезентации в ситуации оценивания. Способствовать преодолению «страха экзамена», нахождению новых способов убеждения, влияния, раскрытию потенциалов естественности.

Организация: Работа в кругу. По ходу сюжета участники будут пересаживаться на сторону, где сидит тренер.

Начало: круг чувств. Объяснение тренинга.

Ход игры: Организуется научно–исследовательская экспедиция. Вы все очень хотите попасть в неё. Но для того, чтобы быть зачисленным в отряд, надо пройти собеседование. Решение о зачислении принимает директор (это я). Как только первый участник будет принят, он получает право голоса. Т.о. решение о принятии последнего участника будут принимать все. Обязательное условие: если вас не приняли с 1–го раза, вы повторяете свою попытку вплоть до удачной.

Вопросы для собеседования:

1. В качестве кого вы хотите себя предложить?
2. Что вы умеете делать?
3. Зачем вы хотите попасть в экспедицию?
4. Какими чертами характера вы обладаете?

Важно, чтобы беседа помогла выявить деловые и личностные качества претендента. После каждого собеседования проводится голосование и пояснения почему «за» и почему «против».

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

После «зачисления» в экспедицию следует дать возможность поделиться впечатлениями участникам.

Обсуждение:

1. Как я оцениваю свою презентацию? В чём её сильные и слабые стороны?

2. Что я чувствовал в процессе упражнения, как мне удалось справиться со своими переживаниями?

3. В чём была суть моего предложения и какое это имеет отношение к моей жизни?

4. Сумел ли я абстрагироваться от реальности и позволить себе играть? Как это отражается на моей жизни?

5. Какие аргументы «за» и «против» были для меня важны, когда я принимал решения?

Заключение: Круг чувств.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Программа тренинга работы с родственниками наркозависимых

#### 1 ЗАНЯТИЕ

Тема: Механизмы формирования и симптомы зависимости/созависимости.

Цель занятия:

Выявление неэффективных стратегий и методов решения проблемы наркозависимости родственниками.

Задачи:

1. Сплочение группы родственников
2. Выявление и осознание участниками группы собственных неэффективных методов решения проблемы
3. Информирование родственников о механизмах формирования и закрепления зависимого/созависимого поведения.
4. Движение в обучении: от понимания проблемы к действиям по ее решению посредством выполнения домашнего задания.

#### 2 ЗАНЯТИЕ

Тема: Составные части наркозависимости

Цель занятия:

Выявление и определение степени влияния на жизнь членов семьи наркотизации родственника.

Задачи:

1. Выявление изменений в поведении наркозависимого
2. Информирование о биопсихосоциальных изменениях подростка вследствие наркотизации
3. Переориентировка родственников пациента от стремления излечить наркоманию ребенка на решение ими негативных социальных последствий употребления ПАВ, касающихся членов семьи пациента.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

### 3 ЗАНЯТИЕ

Тема: Внешние признаки употребления наркотиков. Методы контроля.

Цель занятия:

Обучение родственников определять состояние интоксикации ПАВ по внешним признакам

Задачи:

- информирование о внешних признаках интоксикации героином
- информирование о внешних признаках интоксикации марихуаной
- информирование о внешних признаках интоксикации психостимуляторами, галлюциногенами, растворителями, легальными успокоительными препаратами

### 4 ЗАНЯТИЕ

Тема: Семья как система

Цель занятия:

Дать информацию родителям о различных типах семейной системы

Задачи:

- Обучение родственников определению границ семейных подсистем
- Сопоставление типов семьи и явления созависимости

### 5 ЗАНЯТИЕ

Тема: Эффективная коммуникация с наркозависимым

Цель занятия:

Обучение родственников технике эффективной коммуникации с наркозависимым.

Задачи:

- Обучение родственников разделять проблему наркозависимости на составные части
- Обучение членов группы выстраивать иерархию проблем соответственно их актуальности

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

– Обучение родственников технике «Я-послания».

### 6 ЗАНЯТИЕ

Тема: Права, ответственность, контроль.

Цель занятия:

Обучение родственников передавать ответственность наркозависимому подростку за собственные действия.

Задачи:

– объяснение родственникам необходимости сочетания внешнего контроля за поведением наркозависимого с постепенной передачей ответственности за свои действия;

– объяснение участникам взаимосвязи внешнего контроля, прав и ответственности;

– обучение родственников постепенной, поэтапной передаче ответственности ребенку за его действия

### 7 ЗАНЯТИЕ

Тема: Эффективные методы воздействия на поведение наркозависимого

Цель занятия:

Обучение родственников основам построения взаимоотношений с наркозависимыми.

Задачи:

– выявление причин, которые затрудняют построение эффективных взаимоотношений, стимулирующее изменение наркозависимого подростка и закрепляющее его ремиссию;

– расширение мер воздействия на поведение ребенка;

– переориентация родителей от использования сугубо репрессивных мер воздействия к большему применению элементов положительного подкрепления изменений в поведении наркозависимого.

### 8 ЗАНЯТИЕ

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Тема: Конструктивный спор

Цель занятия:

Обучение родственников эффективным методам решения спорных и конфликтных ситуаций.

Задачи:

1. Определение адекватности мер воздействия на ребенка.
2. Выявление актуальных проблем во взаимоотношениях с наркозависимым.
3. Обучение участников методике «Конструктивный спор»

### 9 ЗАНЯТИЕ

Тема: Типичные преступления, связанные с употреблением ПАВ

Цель занятия:

Обучение родственников определять шантажное поведение наркозависимых.

Задачи:

1. Ознакомить родителей наркозависимых с типичными преступлениями наркозависимых.
2. Продемонстрировать на примерах из практики типичные способы вымогательства денег у родственников наркозависимыми.

### 10 ЗАНЯТИЕ

Подведение итогов

Цель занятия:

Определение «мишеней» для семейной психотерапии.

Задачи:

1. Выявление нарушений воспитания в семьях наркозависимых подростков.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

2. Постановка целей и задач для этапа семейной психотерапии.
3. Подведение итогов и определение результатов тренинга родительской компетентности.