

ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН
ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздрава
России, кафедра психиатрии факультета послевузовского и дополнительного
профессионального образования

Бохан Н. А., Кривулин Е. Н.

**РЕАБИЛИТАЦИОННО — ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ ОСУЖДЕННЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ
И АДДИКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В УСЛОВИЯХ
СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ**

**Учебное пособие предназначено:
*для слушателей системы послевузовского и дополнительного
профессионального образования врачей по специальности
психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия***

Томск-Челябинск, 2013

УДК – 616.895 – 364-7

ББК – 56.14

Б – 72

ISBN 978-5-98578-163-2

Бохан Н.А., Кривулин Е.Н. Реабилитационно - профилактическая помощь осужденным с расстройствами адаптации и аддиктивными состояниями в условиях социальной изоляции: учебное пособие. – Томск-Челябинск: Изд-во ПИРС, 2013. - с. 88

Рецензенты:

Ретюнский К.Ю. – зав.кафедрой психиатрии ГОУ ВПО Уральская госуд. мед. академия Минздрава России, доктор мед. наук, профессор

Балашов П.П. – зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО Сибирский госуд. мед. университет, доктор мед. наук, профессор

Авторы: Н.А. Бохан. И.О. директора ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН, член-корр. РАМН, профессор, заслуженный деятель наук РФ;
Е.Н. Кривулин. Профессор кафедры психиатрии факультета ПВ и ДПО ГБОУ ВПО Челябинской государственной медицинской академии Минздрава России, доктор мед. наук.

Аннотация: В учебном пособии представлена распространенность психических и поведенческих расстройств и депрессивных реакций, как проявления пенитенциарной дезадаптации, у осужденных. Разработана программа реабилитационно - профилактической помощи лицам с расстройствами адаптации и аддиктивными состояниями в условиях социальной изоляции и программа социально-психологической помощи созависимым.

Учебное пособие составлено с учетом требований типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности психиатрия-наркология, утвержденной директором департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Володиным Н.Н. от 2005 года

Учебное пособие разработано для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и других специалистов в области психического и психосоциального здоровья, работающих в уголовно-исполнительной системе и специализированных психиатрических и наркологических учреждениях.

Учебное пособие утверждено на заседании ПК 55.12 «Основные психические заболевания и наркология» ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН от 6 марта 2013 года

ISBN 978-5-98578-163-2

© Бохан Н.А., Кривулин Е.Н., 2013

Список сокращений, условных обозначений и терминов

ИУ – исправительное учреждение

ЛИУ – лечебно-исправительное учреждение

МЛС – места лишения свободы

ПД – пенитенциарная дезадаптация

ПАВ – психоактивные вещества

РПП — реабилитационно — профилактическая помощь

РФ – Российская Федерация

СИЗО – следственный изолятор

ЦНС – центральная нервная система

УРП – уровень реабилитационного потенциала

ОРПС — организация реабилитационно-профилактической среды

ПФК — психофармакологический комплекс

ЛОК — лечебно-оздоровительный комплекс

ПТК — психотерапевтический комплекс

ВОК — воспитательно-образовательный комплекс

СТК — социально-терапевтический комплекс

ППК — психопрофилактический комплекс

СОК — спортивно-оздоровительный комплекс

Оглавление

Введение	5
Раздел 1. Реабилитационно – профилактическая помощь лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией	6
1.1. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных пенитенциарной системы	6
1.2. Депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации	7
1.3. Профилактика расстройств адаптации депрессивного спектра и наркологической патологии у лиц пенитенциарного учреждения	10
1.4. Программа реабилитационно-профилактической помощи лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией в условиях социальной изоляции	12
1.4.1. Основные базовые положения, определяющие тактику реабилитационно-профилактической помощи	14
1.4.2. Методология реабилитационно-профилактического процесса	17
1.4.3. Этапы реабилитационно-профилактической программы	21
1.4.4. Психофармакотерапия и мотивационное консультирование	23
1.4.5. Биологические и другие немедикаментозные методы терапии	25
1.4.6. Особенности этапов реабилитационно-профилактического помощи	30
1.5. Структура программной работы	32
1.6. Структура и устройство реабилитационно-профилактического отделения	46
Раздел 2. Программа социально-психологической коррекции созависимых	52
2.1. Структура программы социально-психологической коррекции созависимых	52
2.2. Функциональные и дисфункциональные семьи	55
2.3. Созависимость	59
2.3.1. Общие признаки зависимости и созависимости	60
2.3.2. Течение созависимости	62
2.3.3. Основные принципы психокоррекционной помощи	64
Тестовые задания	65
Приложения 1	68
Приложения 2	72
Приложения 3	79
Приложения 4	80
Литература	85

Введение

На протяжении последних двух десятилетий распространение потребления психоактивных веществ (ПАВ) в нашей стране приняло большие масштабы. Значительная распространенность зависимости от ПАВ в различные возрастные периоды диктует необходимость дальнейшего изучения и разработки дифференцированных профилактических и реабилитационных технологий с учетом коморбидных расстройств. Эта проблема является актуальной и для лиц пенитенциарной системы. По данным исследователей в структуре психической патологии в популяции осужденных к лишению свободы первые позиции занимают наркологические заболевания и депрессивные расстройства, причем наблюдается высокая степень их сочетаемости. Помещение осужденных в исправительное учреждение является для них психотравмирующей ситуацией и в первые шесть месяцев социальной изоляции довольно часто приводит к возникновению расстройств адаптации в виде различных клинических вариантов депрессивной реакции. Программы профилактики расстройств адаптации и реабилитации лиц с аддиктивными состояниями в условиях социальной изоляции, направленные на отказ от употребления ПАВ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество имеют важную социально-экономическую значимость. Другим важным аспектом превентивной психиатрии и наркологии является оказание эффективной социально-психологической помощи созависимым. Решению выше перечисленных актуальных проблем посвящено данное учебное пособие.

Раздел 1.

РЕАБИЛИТАЦИОННО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

1.1. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных пенитенциарной системы.

Значительная распространенность психических и поведенческих расстройств среди осужденных, находящихся в пенитенциарных учреждениях, частота дезадаптивного поведения, нарушений режима содержания и общественно-опасных действий, совершаемых ими по болезненным мотивам и отсутствие концептуальной модели реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту (Агаларзаде А. З., с соавт. 1997, 2000; Дмитриева Т. Б., 2001; Семке В. Я., 2004; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006; Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я., 2007) определяет актуальность и приоритетность настоящего исследования. Проблема изучения адаптивных расстройств находится на стыке психиатрии, наркологии, психологии, социологии, педагогики, права и привлекает внимание к ней широкого круга различных специалистов.

Исследования структуры и удельного веса отдельных нозологических форм психической патологии у осужденных к лишению свободы, позволили выявить наиболее распространенные формы психических расстройств, среди которых, наряду с патологией личности, последствиями органического поражения головного мозга, умственной отсталостью, ведущие позиции, занимают наркологические заболевания и аффективная патология – депрессивные и невротические расстройства (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. 1980; Антонян Ю. М., Бородин С. В. 1987; Агаларзаде А. З., Гонопольский А. М., 2000; Кривулин Е. Н., 2005, 2009, 2011 и др.). Среди психической патологии в популяции лиц пенитенциарного учреждения в связи с высокой распространенностью, особое место занимают депрессивные расстройства (40,0 – 59,0 %) и зависимость от психоактивных веществ (33,3 — 65,3 %), при этом наблюдается их высокая степень сочетаемости (Агаларзаде А. З. и соавт., 2000; Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П., 2002; Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я., 2007; Голодный С. В., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., 2010; Bulten V. H., 1996; Singleton et al., 1998 и др.).

Изучение структуры психических и поведенческих расстройств у воспитанников колонии за период с 1997 по 2008 г. г. было установлено, что на этапе первоначальной адаптации (первые шесть месяцев социальной изоляции) у 50,0 % — 86,2 % осужденных в зависимости от нозологической формы психической и наличием или отсутствием коморбидной наркологической патологии развились депрессивные реакции невротического уровня. Диагностические признаки депрессивных реакций соответствовали рубрике F 43.2 МКБ 10 — «Расстройства адаптации» (Кривулин Е. Н., 2005; Голодный С. В., 2010).

1.2. Депрессивные реакции как проявления пенитенциарной дезадаптации

Интернирование осужденного в пенитенциарное учреждение является психотравмирующим агентом, а механизмы его воздействия и вызванные им структурные проявления, их динамика и другие аспекты уместно рассматривать как процесс адаптации к условиям социальной изоляции (Новиков Г. И., 1991).

Процесс адаптации связан с ситуационными условиями, возникающими в результате изменений в социальной среде, перехода индивида из одной среды в другую – новую (Милославова И. А., 1974). Социально изолированному необходимо заново приспосабливаться к ряду сложных проблемных ситуаций. Освоение новых правил и норм общежития, разрешение проблемных ситуаций диктует необходимость выработки новых установок, убеждений, свойств и даже черт личности (Пирожков В. Ф., 1985). По мнению ряда исследователей успех адаптации определяют объективные и субъективные факторы, адаптивная потребность, уровень развития адаптивных способностей личности и информированность о новой среде (Александровский Ю. А., 1976, 1987; Семке В. Я., 1986, 2001, 2003, 2004; Новиков Г. И., 1991, Антонян Ю. М., Бородин С. В., 1998; Гусев С. И., 2003; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006, 2008 и др.).

К объективным факторам, по мнению авторов, относятся условия быта, динамика требований, срок лишения свободы, тяжесть содеянного, отдаленность пенитенциарного учреждения от постоянного места жительства, межличностные, учебные и производственные отношения осужденных, взаимоотношения сотрудников с осужденными и другие. Субъективные факторы определяются особенностями личностных характеристик (индивидуальность, установка личности, внушаемость, ригидность, психологическая и криминогенная совместимость в отряде и т. д.). Адаптивная потребность реализуется в объективно-субъективных формах: приспособления (изменение своих личностных качеств и подстройка своего поведения соответственно требованиям режима, быта учреждения, учебной и производственной деятельности) и приспособления (использование индивидом окружающей среды в целях удовлетворения своих потребностей). В основе уровня развития адаптивных способностей личности лежат разрешающий диапазон и направленность (позитивная, негативная), скорость разрешения адаптивной ситуации, переключаемость и надежность (исключение срывов в адаптационный период). Информированность о новой среде необходима для её освоения и составляет элемент информационной потребности.

Согласно концепции «индивидуального барьера психической адаптации» Ю. А. Александровского и соавт. (1976, 1987) и концепции В. Я. Семке (1989) «о психоадаптационном синдроме», исходящих из изучения социально-психологических и биологических механизмов адаптации и компенсации, гамма кризисных и сложных жизненных ситуаций, каковыми являются условия социальной изоляции, могут соотноситься с рядом других структур и функциональных систем организма.

По мнению авторов, на этапах субневротического (субдезадаптированного) состояния биологическая основа и социально-психологические структуры системы психической адаптации, расшатываемые, как нам представляется, психотравмирующими средовыми ситуациями, через напряженность функциональной системы адаптации лишь до определенного предела, могут компенсировать возможные отклонения в каждой системе, мобилизуя компенсаторные возможности. Нарушение процессов взаимокомпенсации, истощение (ослабление) резервных возможностей и падение функциональной активности системы психической адаптации обуславливают на определенном этапе нарушение адаптационного барьера организма и развитие психогенных образований.

Исходя из названных механизмов, представляется возможным, что формируясь, субнозологические (доболезненные) образования, выявляющиеся на этапе первоначальной адаптации к условиям социальной изоляции, при воздействии дополнительных психотравмирующих средовых агентов, в совокупности с определенными медико-биологическими и социально-психологическими факторами, могут стать этапными структурными образованиями на пути к формированию более утяжеленных по клинике форм психогенных расстройств (от реакций до состояний). Таковыми в наших исследованиях являются депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации, укладываемые в рубрику F 43.2 МКБ-10 — «Расстройства адаптации».

Исходя из вышеизложенного под пенитенциарной дезадаптацией (ПД) мы понимаем нарушение процессов взаимодействия индивида с пенитенциарной средой, с учетом развития уровня адаптивных способностей личности, мотивационной структуры, эмоциональных и интеллектуальных особенностей индивида, взаимозависимости медико-биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов, возникающих под влиянием психотравмирующих средовых условий социальной изоляции и проявляющихся широким спектром психогенных расстройств в континууме от непатологически-субнозологического уровня до клинического оформления психических и поведенческих расстройств (Кривулин Е. Н., 2005).

Таким образом, в формировании депрессивных реакций, как проявлений пенитенциарной дезадаптации, участвуют ряд условий и факторов, среди которых определяющими клинко-психопатологические особенности, тяжесть и динамику дезадаптивных состояний являются медико-биологические, социально-психологические и психотравмирующие средовые факторы социальной изоляции.

Высокая распространенность расстройств адаптации и аддиктивных состояний диктует необходимость разработки эффективных программ реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту осужденных.

Согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 г. № 1772-р к ряду основных направлений развития уголовно-исполнительной системы в сфере социальной, психологической, воспитательной и образовательной работы с осужденными предполагается:

- оптимизация социальной, психологической и воспитательной работы с осужденными на основе функционального взаимодействия сотрудников всех служб исправительных учреждений с привлечением к исправительному процессу представителей органов исполнительной власти, а также институтов гражданского общества;
- поиск и внедрение новых индивидуальных форм работы, обеспечивающих оказание адресной социальной, психологической и педагогической помощи каждому осужденному с учетом его социально-демографической, уголовно-правовой и индивидуально-психологической характеристики;
- повышение требований к научному и методическому уровню психодиагностической и психокоррекционной работы, разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация диагностического инструментария психолога и объема психодиагностической работы, внедрение инновационных технологий, адаптация передового отечественного и зарубежного опыта работы;
- дальнейшее развитие благоприятных условий для получения осужденными общего, начального, среднего и высшего профессионального образования посредством заочного и дистанционного обучения, разработка и внедрение специальных методик обучения, учитывающих уровень умственного развития и педагогической запущенности осужденных, а также образовательных и коррекционных программ работы с различными категориями осужденных;
- совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация его диагностического инструментария за счет внедрения автоматизированных диагностических программ и формирования единого банка экспериментальных данных, позволяющего выделять ведущие криминогенные качества у осужденных за различные виды преступлений, оказывать индивидуальное и дифференцированное психологическое воздействие;
- разработка для лиц, осужденных за различные виды преступлений (преступления экстремистской и террористической направленности, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, корыстные преступления и др.), базовых (обязательных) программ психологической коррекции личности для формирования социальной направленности осужденных, профилактики деструктивных проявлений, их ресоциализации и дальнейшей интеграции в общество;
- разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, создание при учреждениях уголовно-исполнительной системы отделений социально-психологической реабилитации с целью оказания профильной психологической помощи осужденным, имеющим алкогольную или наркотическую зависимость, психические аномалии.

Исходя из вышеизложенного, предлагается программа реабилитационно-профилактической помощи осужденным с расстройствами адаптации депрес-

сивного спектра и различными формами аддиктивных состояний в условиях социальной изоляции.

1.3. Профилактика расстройств адаптации депрессивного спектра и наркологической патологии у лиц пенитенциарного учреждения

На современном этапе развития психиатрии и наркологии совершенно очевидно, что в формировании психических и поведенческих расстройств, в их динамике, исходе, помимо биологических факторов важную роль играют психологические (возрастные, семейные, ситуационно-средовые) и социально-экономические факторы. В связи с этим в последнее десятилетие важнейшим методологическим подходом в оказании психиатрической и наркологической помощи становится ориентация на биопсихо-социальную модель, характеризующуюся мультидисциплинарным подходом к лечению, реабилитации и профилактике имеющихся расстройств с участием специалистов различного профиля, тесно взаимодействующих между собой (Бохан Н. А., Мандель А. И., 2004; Кривулин Е. Н., 2004;).

В настоящей программе реабилитационно –профилактической помощи (РПП) в качестве одного из основополагающих принципов, определяющих содержание и особенности специализированной помощи осужденным с депрессивными реакциями и наркологической патологией, является принцип комплексного подхода и применения многоосевой оценки проявлений ПД полипрофессиональной бригадой специалистов как в процессе диагностической квалификации расстройств адаптации, развившихся в первые шесть месяцев социальной изоляции, так и в процессе коррекционно-реабилитационной работы с осужденными, обнаруживающими признаки зависимости от ПАВ.

Построение метода полипрофессионального бригадного сотрудничества базируется на выявленных психопатологических особенностях депрессивных реакций, как проявлений ПД с учетом преморбидных психических и наркологических заболеваний. При реализации комплексного полипрофессионального подхода осуществляется разделение конкретного объекта анализа — осужденного пенитенциарного учреждения, находящегося в состоянии дезадаптации на три самостоятельных аспекта изучения: клинико-психопатологический, социально-психологический и психолого-педагогический. Это обуславливает формирование многоосевого диагноза и выявление «мишеней» преимущественной ответственности специалистов бригады, участвующих в диагностическом и реабилитационно-профилактическом процессах. Необходимость многоосевого диагноза предполагала выполнение оптимального объема аналитической деятельности каждым специалистом в рамках его профессиональной компетенции.

Принципы профилактической помощи лицам пенитенциарного учреждения формируются с учетом, во-первых, клинико-психопатологических особенностей депрессивных реакции и преморбидной психической и наркологической патологии и, во-вторых, специфичностью условий социальной изоляции. Комплекс мероприятий, проводимых в рамках РПП, обнаруживающим зависимость от ПАВ, одновременно направлен на превенцию депрессивных реакций на эта-

пе первоначальной адаптации. Следует отметить ряд важных положений профилактической работы с данным контингентом. К ним относятся:

- приоритет первичного профилактического подхода к решению проблем пенитенциарной дезадаптации и зависимости от ПАВ;

- межведомственное взаимодействие в вопросах профилактики ПД в условиях социальной изоляции и наркозависимости;

- комплекс мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к психотравмирующим условиям социальной изоляции.

При превенции депрессивных реакций, как проявлений ПД, решающее значение имеют мероприятия, направленные на восстановление или формирование социально приемлемых личностных особенностей, создание благоприятного психологического климата в пенитенциарном учреждении, психокоррекционная работа по обучению осужденного умению справляться с психотравмирующими ситуациями, оказание помощи в разрешении конфликтов и эффективного функционирования в условиях социальной изоляции. Учитывая, что депрессивные реакции возникают у лиц с уже имеющейся резидуально-органической церебральной недостаточностью, умственной отсталостью, патологией формирующейся личности, зависимостью от ПАВ, оптимальным в плане первичной профилактики является предотвращение декомпенсаций уже имеющихся психических и поведенческих расстройств (общеоздоровительные мероприятия, профилактические курсы дегидратационной, рассасывающей терапии и лечение ноотропами, регулирование учебной, производственной нагрузки и др.). Данный подход смещает акцент в сторону вторичной профилактики.

Вторичная профилактика депрессивных реакций у осужденных в условиях социальной изоляции включает в себя — раннее выявление патологии, своевременное и эффективное её лечение, предупреждение развития выраженных форм психических расстройств, предотвращение обострений и прогрессирования болезни, восстановление личностного и социального статуса пациента. Самым значимым мероприятием из перечисленных выше является обнаружение адаптивных и аддиктивных расстройств на ранних этапах их проявления. В основе превенции ПД имеет значение достаточная осведомленность врачей и психологов исправительного учреждения о возможном развитии и начальных проявлениях депрессивного синдрома или обострении патологического влечения к ПАВ.

Третичная профилактика депрессивных реакций определяется во многом задачей непрерывно-поступательного обучения способам адаптивного функционирования в условиях социальной изоляции, приобретения нового опыта продуктивного совладания с психотравмирующими средовыми факторами пенитенциарной системы.

Кроме профилактики депрессивных реакций, как проявлений ПД, разработанная программа РПП лицам, злоупотребляющим наркотическими веществами предлагает, в качестве решения проблемы профилактики злоупотребления ПАВ, объединение в единый комплекс медицинских, социально-психологических и образовательных мер в рамках первичной, вторичной и тре-

тичной профилактики, что позволяет на максимально ранних этапах обеспечить выявление не только депрессии, но и наркозависимости и перейти к реабилитационно — профилактической помощи данному контингенту больных.

Таким образом, основополагающим принципом в организации профилактической помощи осужденным с расстройствами адаптации и сопутствующей наркологической патологией является межведомственный подход с объединением усилий многих специалистов в комплексной реабилитации, основанной на положениях профилактической направленности.

1.4. Программа реабилитационно-профилактической помощи лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией в условиях социальной изоляции

Изучение распространенности психических и поведенческих расстройств у осужденных пенитенциарного учреждения позволило установить, что у 44,7 % лиц обнаружены признаки зависимости от ПАВ. В первые дни социальной изоляции в 78,2 % случаев развились признаки ПД в виде различных клинических вариантов депрессивных реакций (Кривулин Е. Н., 2005). Анализ аддиктивного поведения показал, что у большинства осужденных опыт приобщения к ПАВ соответствует препубертатному и раннему пубертатному периодам. Раннее приобщение к ПАВ быстро развило у них установку на дальнейшую наркотизацию и одновременно привело к деформации формирующейся личности, способствовало разрушению ценностных ориентаций, семейных отношений. Аддиктивное поведение и зависимость от ПАВ практически прекратило социальное развитие в связи с отказом от продолжения образования, овладения квалифицированной специальностью, склонностью к бродяжничеству, уходам из дома, утратой жилища, появлением криминального опыта, морально-нравственной деградацией, установлением устойчивых отношений с антисоциальным (наркоманическим и криминальным) окружением. Парентеральное потребление ПАВ способствовало эпидемиологическому распространению таких опасных болезней, как вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. Токсические эффекты ПАВ привели к поражению головного мозга и различных внутренних органов, снижению иммунитета и нарастанию патологических изменений личности — характера, эмоциональной, когнитивной сфер, поведения. Следует отметить, что наркологические заболевания сочетались с другими психическими нарушениями (расстройствами личности и поведения, резидуально-органическими психическими расстройствами, умственной отсталостью), что ослабляло адаптивные способности личности и приводило к развитию пенитенциарной дезадаптации в первые шесть месяцев социальной изоляции.

Масштабы перечисленных медицинских, социальных и психологических проблем показывают, что медицинская модель оказания наркологической помощи принципиально не в состоянии обеспечить практическое выздоровление лиц, злоупотребляющих и зависимых от ПАВ и их успешную интеграцию в общество. Эта конечная цель может быть достижима, если в лечебно-реабилитационном процессе за периодом отказа от наркотика и активного лечения следует длительный период комплексных социально — психологических

реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способности полноценного функционирования в обществе.

Такой подход осуществим при переходе к медико-психолого-социально-педагогической модели оказания амбулаторной или стационарной реабилитационно-профилактической помощи данному контингенту больных (Семке В. Я., Бохан Н. А., 1999; Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н., 2006).

Опыт отечественных и зарубежных ученых показал, что для реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ успешно применялись программы, основанные на принципах «терапевтических сообществ», «терапевтической среды» (De Leon G., 1997; Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000; Валентик Ю. В. и соавт., 2002). В настоящее время в мировой практике насчитывается несколько сотен резидентских программ, из них наиболее популярны зарубежные программы: Daytop Village, Phoenix House, Getway House, а также программы реабилитации наркологических больных в специализированном реабилитационном центре (Бохан Н. А. и соавт. 2000, 2002; Валентик Ю. В. и соавт. 2002) и условиях социальной изоляции (Балашов П. П., Миневич Н. А., 2003; Кривулин Е. Н., 2005).

Учитывая опыт зарубежных и отечественных специалистов, нами разработана программа реабилитационно-профилактической помощи (РПП) осужденным, злоупотребляющим ПАВ, основанная на индивидуальной и групповой психотерапии, нетрадиционных методах коррекционно-реабилитационного воздействия, программы обучения навыкам жизненной адаптации, организации досуга, продолжения образования, системной работе с семьей и значимым окружением и другие мероприятия по социально-психологической реабилитации (Кривулин Е. Н., Буторина Н. Е., 2004).

Реализация такой программы осуществима в пенитенциарном учреждении при участии в реабилитационном процессе полипрофессиональной команды, состоящей из дипломированных специалистов в области психиатрии и наркологии, психологии, реабилитологии, педагогики и социальной работы. В данном контексте реабилитация осужденных, злоупотребляющих ПАВ, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от употребления ПАВ с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество (Валентик Ю. В. и соавторы, 2002).

Программа РПП лицам, злоупотребляющим ПАВ, одновременно направлена на профилактику пенитенциарной дезадаптации в условиях социальной изоляции и включает в себя цель, задачи и основные базовые положения, определяющие тактику реабилитационно-профилактического процесса; принципы, методологию, этапы и методы реализации РПП; структуру и устройство реабилитационно-профилактического отделения, распорядок дня; структуру программной работы.

Цель программы реабилитационно-профилактической помощи – регрессивная динамика расстройств адаптации, восстановление (или формирование) личностного, социального и семейного статуса пациента на основе изменения

психологической установки личности и представления о себе, выработки самоконтроля и самодисциплины, приобретения нового опыта продуктивного совладания с проблемными ситуациями и психотравмирующими средовыми условиями социальной изоляции, раскрытия и реализации его духовных, нравственных, творческих, эмоциональных и интеллектуальных потенциалов.

Для реализации поставленной цели выдвинуты следующие задачи:

1. Создание в условиях социальной изоляции реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемой структуры личности больного и обеспечение позитивного личностного развития.
2. Формирование у пациента осознанной мотивации на включение в реабилитационно-профилактический процесс и последующее участие в нем.
3. Формирование у пациента осознанной мотивации (установки) на окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.
4. Проведение комплекса лечебных и психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни.
5. Санация сомато-неврологического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам здорового образа жизни.
6. Редуцирование поведенческих и аффективных расстройств, развившихся в первые шесть месяцев социальной изоляции.
7. Осуществление комплекса воспитательных и образовательных мероприятий на всех этапах реабилитации с учетом личностного статуса и особенностей осужденных, злоупотребляющих ПАВ.
8. Реорганизация жизненной среды, восстановление (формирование) системы позитивных семейных и средовых связей, на основе работы как с самим зависимым от ПАВ, так и с его ближайшим окружением.
9. Достижение реальной жизненной перспективы (материально-бытовое самообеспечение) пациента на основе закрепления навыков систематической занятости, продолжения образовательной и профессиональной подготовки.
10. Формирование навыков отвыкания от состояния симбиоза, единства с членами сообщества и персоналом на завершающих этапах РПП и в процессе ассимиляции в социуме и создание поддерживающей системы постреабилитационного сопровождения.

1.4.1. Основные базовые положения, определяющие тактику реабилитационно-профилактической помощи

1. Зависимость от ПАВ (алкоголизм, токсикомания, наркомания) является хроническим, прогрессирующим заболеванием, которое возникает под влиянием комплекса биологических, психологических и социальных факторов.

2. В процессе возникновения зависимости к тому или иному ПАВ формируется подсознательный наркоманический стиль жизни, сопровождающийся изменениями во всех психических (сознание, воля, эмоции, интеллект и др.) и социальных (семья, занятость, круг общения) сферах.

3. Зависимость от ПАВ вылечить практически невозможно, однако возможна личностная реадaptация больных, их ресоциализация и реинтеграция в общество при условии, когда человек готов принять ответственность за свое выздоровление и изменить свой нравственный, духовной, интеллектуальный, эмоциональный и творческий потенциал.

4. Выздоровление трактуется как образ жизни, позволяющий обеспечить позитивное личностное развитие, повысить уровень социального функционирования пациента, восстановить систему благоприятных микро-социальных связей и возможность отказа от употребления ПАВ, вызвавших зависимость.

5. Депрессивные реакции, как проявления ПД, развиваются под влиянием психотравмирующих условий социальной изоляции.

Принципы реабилитационно-профилактической помощи. Реабилитационная работа с наркологическими больными в условиях социальной изоляции может быть успешной только в случае ее проведения на основе соблюдения ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве:

- 1. Добровольное участие больного в реабилитационных и профилактических мероприятиях.** Данный принцип предполагает получение согласия реабилитанта на участие в реабилитационно-профилактическом процессе.
- 2. Прекращение приема ПАВ.** Данное положение являлось принципиально важным, определяющим прогноз реабилитационного процесса. При первичном мотивационном интервью формируется установка пациента на полный отказ от всех основных видов ПАВ.
- 3. Доступность реабилитационно-профилактической помощи.** Каждый осужденный пенитенциарного учреждения должен иметь возможность, при отсутствии противопоказаний участвовать в реабилитационно-профилактическом процессе.
- 4. Доверительность, партнерство и ответственность.** В основу РПП положен тезис о том, что персонал реабилитационного блока учреждения должен прилагать усилия по созданию и поддержанию доверительных отношений с пациентами, атмосферу уважения и взаимопонимания, построения системы партнерства между реабилитантами и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, откровенном диалоге. Такая реабилитационная атмосфера помогает поддерживать веру зависимого в выздоровление, в возможности решения сложных личных проблем, обеспечивает максимум возможностей для физического, духовного, эмоционального и эстетического развития.
- 5. Системность, многообразие и индивидуализация реабилитационных и профилактических мероприятий.** Успешность РПП обеспечивается применением разнообразных организационных моделей его. При выборе модели реабилитационной и профилактической работы максимально учитываются индивидуальные потребности и нужды, зависимых от ПАВ. РПП строится на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприя-

тий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность РПП обеспечивается согласованной работой команды (бригады) специалистов различного профиля.

- 6. Этапность реабилитационно-профилактической помощи.** Процесс РПП строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния конкретного реабилитанта. Такая оценка базируется на характеристиках психического, психологического, соматического, социального (семейного, образовательного, профессионального, группового) статуса пациента. В совокупности эти данные позволяют определить индивидуальный реабилитационный потенциал, то есть возможности данного пациента в плане решения основных задач программы. На основе оценки индивидуального реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями составляется адекватная программа реабилитационно-профилактических мероприятий, которая осуществлялась на последовательных этапах РПП.
- 7. Комплексность реабилитационно-профилактической помощи.** Применяемые в реабилитационно-профилактическом процессе различные медико-биологические, социально-психологические и педагогические методы составляют неразрывное единое целое, направленное на обеспечение эффективности РПП и достижение конечной цели.
- 8. Формирование реабилитационной (профилактической) среды.** Предполагается осуществление мероприятий, направленных на разрушение стереотипа аддиктивного и делинквентного поведения и создание социально-приемлемого поведения и образа жизни реабилитанта через воздействие на все компоненты жизненной среды. Реабилитационный процесс требует создания специализированной реабилитационной (профилактической) среды, оказывающей плодотворное психокоррекционное воздействие на осужденного.
- 9. Включение в реабилитационно-профилактическую помощь основных значимых других лиц.** Эффективность РПП во многом определяется участием в реабилитационном процессе членов семьи и значимых других лиц (ЗДЛ) из ближайшего окружения не. Предварительно производится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ.
- 10. Позитивная направленность реабилитационно-профилактических мероприятий.** В ходе РПП выстраивается позитивная жизненная перспектива на будущее, оптимальная иерархия целевых мотивов, их приоритетность и последовательность реализации. В основе реабилитационно-профилактических мероприятий лежат позитивно-ориентированные воздействия (принятие, поддержка, поощрение), направленные на личностный рост и развитие, на формирование нормативных и конструктивных форм поведения и успешное достижение жизненных целей.
- 11. Непрерывная поддержка пациента реабилитационного учреждения.** Лицу, злоупотребляющему ПАВ, и обнаруживающему признаки ПД, оказывается комплексная социально-психологическая и личностная поддержка на

протяжении периода участия в реабилитационно-профилактической программе, так и после ее завершения.

12. Конфиденциальность. Все участники реабилитационно-профилактического процесса должны уважать права пациента на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих больных или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

1.4.2. Методология реабилитационно-профилактического процесса.

Методология РПП больным с расстройствами адаптации и зави-симостью от ПАВ считается комплексной, многопрофильной, так как содержит несколько способов терапии, отнесенных к трем основным направлениям:

- способы фармакологического и физиотерапевтического характера;
- способы психологического и психотерапевтического характера;
- способы социально-педагогического характера.

Применение комплекса указанных способов терапии обязательно и зависело от начального диагноза и психофизического состояния пациента, которые позволяют спланировать индивидуальную психотерапевтическую и психо-профилактическую работу, отвечающую самым основным потреб-ностям паци-ента и его членов семьи.

Большое значение имеет динамический подход в выборе методов РПП с учетом этиопатогенетических факторов, клинико-психопатологических осо-бенностей аддиктивных состояний и клинической типологии депрес-сивных реакций. При разработке патогенетической терапии и реабилита-ционно-профилактической помощи выделяются мишени её приложения:

а) оздоровление условий социальной изоляции – работа с психогенными факторами микросоциального окружения (проведение лечебных, психотерапев-тических, социотерапевтических и других мер);

б) проведение комплекса коррекционных и реабилитационных мероприя-тий осужденным с аддиктивными состояниями;

в) коррекция и лечение медико-биологической основы – изменение реак-тивности организма, психокоррекция депрессивных реакций и поведенческих расстройств, преморбидной психической патологии;

г) лечение соматогенно-органической основы – соматической патологии, последствий пре-, пери-, постнатального, травматического, токсического и ин-фекционно-органического поражения головного мозга.

Реабилитационно-профилактическая программа предусматривает мини-мальный 2 месячный курс интенсивного психотерапевтического воздействия в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного уч-реждения, в ходе которого предполагается редукция расстройств адаптации де-прессивного спектра, формирование осознанной установки на отказ от упот-ребления ПАВ в будущем, выработка и апробация новых паттернов поведения в условиях социальной изоляции. Для закрепления достигнутых результатов предполагается пролонгированная курация пациентов сроком до 6 месяцев, с

возможным продлением в подразделениях того же реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения.

В структурном отношении процесс реабилитации делится на два взаимосвязанных периода:

- период основной программы реабилитации.
- период постреабилитационных мероприятий.

Период основной программы реабилитационно-профилактической помощи осуществляется в первые шесть месяцев социальной изоляции.

Первостепенной задачей является сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь осужденным решать проблемы, с учетом того, что в патологический процесс у них вовлечены биологическая, психологическая и социальная сферы жизнедеятельности. Для чего выделен ряд этапов терапии с включением соответствующих медицинских, психо-терапевтических, психо-профилактических и реабилитационных технологий. Члены реабилитационной бригады обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и приложить максимум усилий для эффективного перехода реабилитируемых от медико-психологического к социальному этапу реабилитации.

Системная работа в реабилитационном отделении ведется в нескольких основных направлениях, определяющих структуру программы РПП:

1. организация реабилитационно-профилактической среды (ОРПС);
2. психофармакологический комплекс (ПФК);
3. лечебно-оздоровительный комплекс (ЛОК);
4. психотерапевтический комплекс (ПТК);
5. воспитательно-образовательный комплекс (ВОК);
6. социально-терапевтический комплекс (СТК);
7. психопрофилактический комплекс (ППК);
8. спортивно-оздоровительный комплекс (СОК).

Организация реабилитационной (профилактической) среды. Для осуществления РПП в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения создается реабилитационная (профилактическая) среда (далее — РС), при которой сам характер функционирования отделения оказывает психокоррекционное, психо-профилактическое воздействие. Работа единой РС строится через особые совместные процедурные моменты (ритуалы), которые включают: общие и групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или в соответствии с внутренней иерархией, их выпуска из реабилитационного учреждения. Используются различные формы режимных ограничений, поощрений и наказаний соответственно продвижению реабилитанта по этапам программной работы. Функционирование РС предельно структурировано с учетом режимных требований исправительного учреждения, день максимально насыщен различными видами социально полезных активностей. Важную роль играют требования (в том числе иерархические) к внешнему виду пациентов, их одежде, атрибутике (знакам отличия), используемой символике, оформлению спальных, учебных и реабилитационных помещений, особые формы обращения к пациентам, находящимся на различных этапах РПП и другое.

Психофармакологический комплекс основан на проведении этиопатогенетической психофармакотерапии. С учетом психического статуса реабилитанта по согласованию с пациентом при наличии медицинских показаний назначаются малые нейролептики, корректоры поведения, седативные препараты, антидепрессанты, антиконвульсанты, комплекс витаминов, ноотропы, гепатопротекторы, адаптогены растительного происхождения и другие препараты.

Лечебно-оздоровительный комплекс. Лечебно-оздоровительные мероприятия направлены на санацию сомато-неврологического статуса пациентов, укрепление их здоровья. Для этого используются нетрадиционные методы лечебного воздействия (транскраниальная электростимуляция, электромагнитное воздействие и другие физио-терапевтические процедуры); традиционные народные и современные методики и технологии психофизической разрядки, оздоровления и саморегуляции, в том числе использование технологии биологически обратной связи (через мониторинг различных показателей психобиологического статуса); телесно-ориентированная и медитативная терапия, их различные модификации.

Психотерапевтический комплекс. Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа проводится в виде индивидуальных и групповых сеансов психотерапии.

Индивидуальная психотерапия. К каждому пациенту прикрепляется психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог, который составлял вместе с ним индивидуальный план РПП и несет ответственность за организацию процесса его лечения и реабилитации. Он так же проводит индивидуальные психотерапевтические сеансы, направленные на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение срывов и рецидивов болезни, редукцию или предупреждение расстройств адаптации.

Групповая психотерапия. Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа осуществляется как в рамках одной большой группы, включающей всех членов сообщества, так и в закрытых малых группах. Используется широкий арсенал современных психотерапевтических техник (НЛП, гештальттерапия, когнитивно-поведенческая терапия, игровая психотерапия, телесно-ориентированная терапия, дыхательный транс, арттерапия и др.). Проводимые психологом или психотерапевтом групповые занятия направлены на интеграцию группы, изменение психологической установки личности, выработку самоконтроля и самодисциплины, изменение представления о себе, приобретение нового опыта продуктивного преодоления социально-стрессовых ситуаций, восстановление личностного, социального и семейного статуса, потенцирование мотивов активного участия в программах противорецидивного лечения. Основная форма групповых занятий базируется на клинических ролевых играх, различных технологиях развивающего группового воздействия.

Наряду с индивидуальной и групповой психотерапией значительное место в реабилитационно-профилактическом процессе занимает вечерний «анализ чувств», программа семейной терапии и группы само- и взаимопомощь.

Вечерний «анализ чувств». Выражение итога приобретенного за день поведенческого и эмоционального опыта. Он формирует способность осознавать свои чувства, поступки и адекватно их выражать.

Программа семейной терапии предназначена для работы с созависимыми (родственниками лиц, страдающих зависимостью от ПАВ). Занятия проводятся амбулаторно 1 раз в месяц в форме лекций, дискуссий, сеансов индивидуальной и групповой психотерапии. Целью программы является снижение напряженности и стресса в семье, обучение навыкам открытого общения, эффективного взаимодействия с зависимым от ПАВ, приобретение знаний и углубление понимания природы химической зависимости.

Группа само- и взаимопомощи. Основной целью является оказание членами группы друг другу эмоциональной поддержки; создание нового стиля жизни и позитивной системы отношений.

Воспитательно-образовательный комплекс. За каждым воспитателем отряда закрепляется группа реабилитантов. При отборе пациентов в группы учитывается их возраст, уровень их реабилитационного потенциала, индивидуально-личностные особенности, возможности психологической совместимости, клинические особенности аддиктивного состояния. Это позволяет определить адекватные объемы и формы конкретной программной работы, добиться стабильной группы, эффективно реализовать позитивное воспитательное воздействие. Персонал выступает в качестве моделей значимых других лиц для реабилитанта. Кроме того, пациенты реабилитационного отделения получают возможность продолжать свое образование в стенах пенитенциарного учреждения, либо вне его. Для получения дополнительного профессионального образования в структуре реабилитационно-профилактического отделения организован учебно-производственный комплекс, включающий, наряду с ПТУ, производственные цеха. Пациенты имеют возможность получения среднего и специального профессионального образования.

Социально-терапевтический комплекс. На всем протяжении реабилитационно-профилактического процесса обеспечивается постоянная занятость пациентов (до 16 часов в сутки). Занятость достигается с учетом требований режима пенитенциарного учреждения через организацию:

1. Максимально насыщенного графика ежедневных специализированных информационно-образовательных и терапевтических занятий.
2. Регулярных учебных и трудовых процессов.
3. Режимы бытового самообслуживания.
4. Содержательного досуга, культурно-развлекательных и спортивно-оздоровительных программ.

Трудовые процессы рассматриваются как социально-трудовой тренинг, направленный на выработку способности к регулярному труду. Участие пациентов в РПП моделирует их функционирование в макросоциальной среде по выходу из реабилитационно-профилактической программы и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков.

По мере продвижения по программе стимулируется и поощряется самостоятельность пациентов по конкретному разрешению индивидуальных про-

блемных ситуаций. Важная часть социально-терапевтического комплекса — решение реальных жизненных проблем реабилитантов (жилищных, трудовых, материальных проблем, образование и профессиональная подготовка, юридическая помощь и т. д.), то есть социальная помощь за пределами реабилитационной структуры и пенитенциарного учреждения.

Психопрофилактический комплекс включает в себя, во-первых, широкий арсенал психотерапевтических техник и методик, направленных на предупреждение расстройств адаптации, формирование ресурсов, позволяющих продуктивно совладать с проблемными ситуациями и психотравмирующими условиями социальной изоляции и во-вторых, информационно-познавательный блок, который содержал лекции, семинары, просмотр видеофильмов, круглые столы, ворк-шопы, тематика которых дает представление о зависимости к психоактивным веществам (алкоголь, токсические вещества, наркотики), о психологических проблемах связанных с адаптацией к условиям пенитенциарного учреждения, о процессах выздоровления, о профилактике состояний, которые могут привести к срыву и дезадаптивному поведению.

Спортивно-оздоровительный комплекс осуществляется через занятия спортом на спортивных площадках, участиях в спортивных соревнованиях, медицинских оздоровительных процедурах (лечебная физкультура), нетрадиционных методов лечебного воздействия (современные методики и технологии оздоровления и саморегуляции, телесно-ориентированная и медитативная терапия и их различные модификации.

1.4.3. Этапы реабилитационно-профилактической программы

Учитывая полиморбидность психических и поведенческих расстройств у осужденных разработана дифференцированная реабилитационно-профилактическая помощь, основанная на принципах поэтапного и индивидуального подхода с учетом клинико-психопатологических особенностей преморбидной патологии для лиц с резидуально-органической церебральной недостаточностью, умственной отсталостью и патологией формирующейся личности. При проведении программы РПП выделены этапы, продолжительность которых определяется клинической динамикой расстройств адаптации, наркологической патологии, результативностью реадаптации и ресоциализации.

Процесс РПП осужденным с признаками ПД и зависимости от ПАВ основывается на принципах последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационно-профилактических мероприятий, рассчитанных на период от 2 до 6 месяцев в условиях реабилитационно-профилактического отделения пенитенциарного учреждения. Пациенты, поступающие в реабилитационно-профилактическое отделение, проходят три основных последовательных этапа ее реализации.

I. Адаптационный этап (профилактический)

Начальный этап «входа» в программу реализуется в условиях карантинного отряда. Продолжительность 1-го этапа — до 1-го месяца. В течение первой недели диагностируется химическая зависимость и психофизическое со-

стояние больных. Диагностика психической и наркологической патологии строится на основе многоосевой многомерной характеристики. В коррекционном плане применение многоосевой диагностической системы обусловливается необходимостью четкого клинического обоснования выбора и проведения психотерапии и медикаментозной терапии адаптационных расстройств и наркологических заболеваний, дезорганизующих поведение и деятельность осужденных в условиях социальной изоляции. Пациенты, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, направляются в стационарный комплекс реабилитационно-профилактического отделения для купирования острой наркологической и психиатрической симптоматики. Пациенты, поступающие в отделение, проходят индивидуальное общеклиническое и лабораторное обследование, тестирование, экспериментально-психологическое исследование и консультирование.

На этом же этапе проводится ознакомление пациента со структурой и режимом исправительного учреждения, принципами РПП по программе. Индивидуальная работа со специалистами для потенцирования мотивов и психофизической установки на здоровый образ жизни. Определяется оптимальный план реабилитационно-профилактических мероприятий на период участия в программе. Проводятся мероприятия по компенсации возможных нарушений здоровья и профилактике депрессивных реакций. Со второй недели РПП проводится психопрофилактический комплекс, включающий информационно-познавательный блок. Какое-то время осужденный находится в положении новичка с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом и регламентом работы реабилитационного отделения требований и ограничений.

В течение первой недели реализации программы завершается обследование, диагностика и постепенно вводятся основные элементы РПП.

II. Интеграционный этап (базисной терапии)

Основной этап реабилитации. Продолжительность его — до 2—4 месяцев. После обследования пациента, и ознакомления его со структурой и режимом пенитенциарного учреждения, принципами реабилитационно-профилактического процесса, больной включается в основные элементы РПП. На этом этапе осуществляется активная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами, направленная на преодоление у них психологических защитных механизмов, формирование критического отношения к своему заболеванию, коррекцию социально-психологических и индивидуально-личностных особенностей, медико-биологической и соматогенно-органической основы, а также формируется подсознательная программа здорового образа жизни.

Реабилитанты максимально вовлекаются в режим жизнедеятельности и структуру реабилитационного и исправительного учреждения, усвоение всех его норм и правил. В полном объеме проводятся различные формы групповой работы и трудовые процессы, реализуются воспитательные и образовательные программы. Завершаются мероприятия по существенному улучшению здоровья.

В первую половину данного этапа установки и поведение реабилитантов существенно зависят от позитивного влияния группы, среды, терапевтического режима — в связи с чем максимально используется вся шкала поощрений, позитивных и негативных санкций.

Во второй половине данного этапа реабилитанты успешно функционируют в рамках РС, позитивно принимают коллективные и индивидуальные стандарты — поощряется все большая их ответственность, активность и автономность в связи с достижением осмысления и усвоения программных установок и процедур.

III. Завершающий этап (стабилизационный)

Этап выхода из программы. Продолжительность 3-го этапа — до 1-2 месяцев. На этом этапе потенцируются результаты, достигнутые на предыдущих этапах, вырабатываются навыки коммуникации, самоконтроля и самодисциплины, формируются и апробируются новые паттерны поведения в микросоциальной среде, семье, в проблемных ситуациях, закрепляются достигнутые результаты по восстановлению личностного, социального, семейного статуса и продолжению образования.

К основным задачам, решаемым на III этапе, относятся:

- активное использование полученных в ходе реабилитации навыков в реальных жизненных ситуациях;
- подготовка реабилитантов к выходу из реабилитационно-профилактической программы;
- закрепление и реализация навыков ответственного самостоятельного поведения;
- достижение удовлетворительного уровня здоровья, восстановление способности продолжать образование и трудиться;
- восстановление взаимоотношений с ближайшим социальным окружением.

1.4.4. Психотерапия и мотивационное консультирование

Накопленный опыт позволил создать эффективные модели осуществления реабилитации, дифференцировать применение реабилитационных технологий в соответствии с личностными особенностями и уровнем реабилитационного потенциала (УРП) у больного.

Целью программы реабилитации является коррекция психопатологических и психологических механизмов развития зависимости от ПАВ с формированием мотивации на отказ от употребления ПАВ, вызвавшего зависимость и установки на здоровый образ жизни.

Основные принципы и методология лечебно-реабилитационной программы (ЛРП) зависимым от ПАВ соответствует программам реабилитации, используемым в отечественной наркологии. Реабилитационный процесс проводится с учетом УРП и по согласованию с пациентом и его родственниками.

Системная работа при реабилитации зависимых от ПАВ ведется в нескольких основных направлениях, определяющих структуру ЛРП. С учетом динамики психического состояния пациентов и их готовности к работе реби-

литантам оказывается дифференцированная помощь на трех этапах ЛРП. Каждый этап включает различные комплексы реабилитационных мероприятий.

Психофармакотерапия на первых двух этапах реабилитации имеет важное значение для коррекции психопатологической симптоматики зависимости и включает наряду с дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией, препараты пяти основных групп: нейролептики/транквилизаторы (галоперидол, эглек, рисет, тиопридал, хлорпротексен, атаракс, просульпин, неупептил, тералиджен и др.); анксиолитики/антидепрессанты (афобазол, стрезам, тенотен, анафранил, феварин, пиразидол, иксел, гептрал, асентра, триттико и др.); антиконвульсанты/нормотимики (карбамазепин, финлепсин); активаторы кровообращения и метаболизма головного мозга/ гепатопротекторы (инстенон, энцефабол, метадоксил, реминил, мексидол, мексиприм, гепа-мерц, гептор, ноопепт и др.); средства противорецидивной терапии (налтрексона гидрохлорид, антаксон, ревиа, вивитрол и др.).

Первые встречи с пациентами посвящены сеансам мотивационной психотерапии для потенцирования мотивов на участие в реабилитации и отказ от употребления ПАВ. В основе психолого-психотерапевтического комплекса лежат сеансы индивидуальной и групповой психотерапии с использованием техник нейро-лингвистического программирования, когнитивно-поведенческой, гештальттерапии, холотропного дыхания и гипноза. В течении первого месяца психотерапевтические сеансы проводятся ежедневно, начиная со второго месяца — с учетом уровня ресоциализации и реинтеграции реабилитанта.

В основе мотивационного консультирования лежал психолого-психотерапевтических подходов с использованием техник НЛП, в основе которых лежит высокоструктурированная обратная связь для стимулирования мотивации больного и привлечение его собственных ресурсов к изменению поведения. Во время первичных контактов проводилось от одного до нескольких сеансов мотивационного консультирования, направленные на вовлечение их в разработку перспективного плана реабилитации и ресоциализации. При проведении мотивационного консультирования работа строилась с «жизненными линиями» пациента. При этом собиралась тестовая информация, цель которой показать «нынешнее состояние», возможное «негативное» и вызвать желаемое «позитивное состояние». Пациент должен знать, в чем состоит его цель, притом не в словесном смысле, а в смысле личного опыта, чтобы он был в состоянии оценить свое продвижение к желаемой цели. Так как, при аддиктивных расстройствах страдают 4 сферы жизнедеятельности: физическое и душевное здоровье; сфера семьи и близкого окружения; сфера занятости и круг общения, то и сбор информации осуществлялся с учетом этих факторов. В последующем на основе работы с «образами» на «жизненных линиях» создавались картины нынешнего, негативного возможного и желаемого позитивного состояния. Мотивационное консультирование позволяет сократить сроки МСР, инициировать больных к продолжению изменения своего поведения, дезактуализировать эмоциональный компонент аддиктивного поведения, научиться получать столь же значимые эмоциональные состояния без использования химических веществ или гемблинга.

1.4.5. Биологические и другие немедикаментозные методы терапии

Характеристика биологических методов терапии

Методы терапии	Показания	Противопоказания
Инсулино-терапия	<ul style="list-style-type: none"> - кататонические, кататоно-онейроидные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные (с полиморфным, малосистематизированным бредом) состояния при шизофрении (особенно в начальных стадиях заболевания); - абстинентные расстройства при наркоманиях 	<ul style="list-style-type: none"> - острые инфекционные и соматические заболевания, активная форма туберкулеза; - тяжелые заболевания печени и почек; - заболевания эндокринных органов; - беременность и сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации; - онкологические заболевания
Атропино-коматозная терапия	<ul style="list-style-type: none"> - резистентные к другим методам лечения аффективные, навязчивые, обсессивно-фобические и галлюцинаторно-параноидные состояния; - болезнь Жиль де ля Туретта; - для изменения реактивности в случае резистентности к психофармакотерапии 	<ul style="list-style-type: none"> - острые фебрильные состояния; - нарушения проводимости миокарда связанные с блокадой обеих ножек предсердно-желудочкового пучка; - гипертоническая болезнь и коронарная недостаточность в тяжелых стадиях; - декомпенсированные пороки сердца; - язвенная болезнь в стадии обострения; - активный туберкулез легких; - выраженные формы патологии печени; глаукома
Электросудорожная терапия	<ul style="list-style-type: none"> - тяжелые фармакорезистентные депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и инволюционных психозов; - кататонические (возбуждение ступор) фармакорезистентные состояния; фебрильная шизофрения 	<ul style="list-style-type: none"> - тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, и желудочно-кишечной систем, а также опорно-двигательного аппарата (для профилактики переломов); - органические заболевания головного мозга и периферической нервной системы;

		<ul style="list-style-type: none"> - эндокринные заболевания, болезни печени и почек; - беременность, отслоение сетчатки
<p>Оксигено-баротерапия (гипер-, нормо- и гипобарическая оксигенация)</p>	<p>Гипербарическая оксигенация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - психические расстройства интоксикационного генеза; - психические расстройства сосудистого генеза <p>Гипобарическая оксигенация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неврозы, астенические состояния; - утомление (переутомление), снижение работоспособности 	<ul style="list-style-type: none"> - нарушение барофункции ЛОР-органов, склонность к легочным кровотечениям и гипертензии; - органические заболевания головного мозга; - онкологическая патология, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации; - острые соматические и инфекционные заболевания
<p>Эфферентная терапия (гемодиализ, плазмаферез, цитоферез, гемо и плазмасорбция, гемо-фильтрация, гемоксигенация)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - острые отравления (алкоголем и его суррогатами, наркотическими и психотропными средствами); - выраженные абстинентные расстройства и фармакорезистентные состояния; - соматогенные (послеоперационные) психозы, делирий; - фебрильная шизофрения; - злокачественный нейролептический синдром 	<ul style="list-style-type: none"> - аментивные состояния; - общесоматические противопоказания - гиповолемия, анемия, гипокоагуляционные синдромы
<p>Психохирургия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - длительность заболевания не менее 3-5 лет; - безуспешность (высокая резистентность) всех видов биологической терапии; - инвалидизация и реоциололизация больных, обусловленные тяжестью психического заболевания; - наличие ведущего психопатологического синдрома в соответствии с известными структурами-мишенями 	<ul style="list-style-type: none"> - возраст до 16 лет (исключая больных с различными формами эпилепсии); - общехирургические соматические противопоказания; - отсутствие очерченного психопатологического синдрома в соответствии со структурами-мишенями; - юридические ограничения (отсутствие согласия, опеки и т. д.)

<p>Терапия солями лития</p>	<ul style="list-style-type: none"> - фазно возникающие и хронические типичные (классические) гипоманиакальные и маниакальные состояния средней тяжести; - для профилактики аффективных фаз (приступов) в рамках маниакально-депрессивного психоза, приступообразной (приступообразно-прогредиентной) шизофрении и шизоаффективных психозов 	<ul style="list-style-type: none"> - беременность, период лактации; - выраженные аллергические и эндокринные расстройства; - тяжелые заболевания мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы, обострения желудочно-кишечных заболеваний. <p>Терапевтическая концентрация лития в крови 0,4-0,9 ммоль/л</p>
------------------------------------	--	--

Основные психотерапевтические методы (по А. И. Колчеву, 1988).

Интрапсихическая психотерапия	
Направлена на улучшение процессов социальной адаптации, купирование болезненных проявлений путем осознания механизмов неадекватных поведенческих реакций	
<p>Психоанализ (S. Freud, 1985)</p>	<p>Интеграция ранее подавленных болезненных проявлений в общую структуру личности, анализ психологических причин их обуславливающих, с последующей коррекцией</p>
<p>Аналитическая (C. Jung, 1904)</p>	<p>Оптимизация соотношения сознательного и бессознательного в поведенческих реакциях пациента, установление динамического равновесия между ними</p>
<p>Индивидуальная (A. Adler, 1911)</p>	<p>Интеграция личности пациента, осознание им механизмов собственных поведенческих реакций, формирование повышенного социального интереса</p>
<p>Рациональная (В. М. Бехтерев, 1911)</p>	<p>Разъяснение пациенту психопатологических механизмов его болезненных симптомов и неадекватных поведенческих реакций</p>
<p>Патогенетическая (В. Н. Мясищев, 1960)</p>	<p>Изучение этиопатогенетических механизмов психопатологических процессов, установление причинно-следственных связей болезненных проявлений и особенностей личности пациента, с последующей коррекцией его поведенческих реакций</p>

Экспрессивная (P. Alexander, 1956)	Разрешение конкретных конфликтных ситуаций, связанных с особенностями психосексуального развития личности, купирование негативного влияния психологической защиты
Поддерживающая (M. Klein, 1946)	Оказание психотерапевтической помощи в сложных или субъективно трудно преодолимых ситуациях
Кратковременная динамическая (P. Alexander, T. French, 1946, M. Balint, 1952)	Оказание психотерапевтической помощи в ходе ограниченного во времени лечебного процесса, как правило, сфокусированного на разрешении конкретной проблемы
Центрированная на клиенте (C. Rogers, 1951)	Приведение «реального Я» пациента в соответствие с его глубинными переживаниями и накопленным субъективным опытом
Эмотивно-рациональная (A. Ellis, 1962)	Анализ проблемных ситуаций, доведение до сознания пациента иррациональных когнитивных установок, влияющих на психоэмоциональное состояние и принимаемые решения
Гештальттерапия (P. Perls, 1947)	Формирование гармоничной личности пациента за счет развития его самосознания и разрешения внутренних конфликтов
Наркоанализ (S. Horschler, 1932)	Проведение психоаналитической терапии на фоне психотропных средств, вызывающих состояния измененного сознания
Поведенческая (бихевиористская) терапия (J. Wolpe, 1962)	
Направлена на замену неадекватных, приводящих к дезадаптации, форм поведенческих реакций более оптимальными	
Контр-обусловливание	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Систематическая десенсибилизация:</u> выработка реакций, противоположных тем, которые приводят к дезадаптации - <u>Имплозивная терапия:</u> помещение пациента в индивидуально значимую психотравмирующую ситуацию, с целью выработки к ней соответствующих адаптационных механизмов
Оперантные методы	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Метод формирования поведения:</u> выработка оптимальных форм поведения путем применения системы поощрительных мероприятий - <u>Метод накопления жетонов:</u> используется в лечебных заведениях с применением системы «поощрительных жетонов» (количество которых определяет степень «привилегий»)

Экзистенциальная терапия (V. Frankl, 1961, R. May, 1967)	
Доведение до понимания смысла, который он старается придать своей жизни путем анализа каждого его поведенческого акта	
Терапия реальностью (W. Glasser, 1965)	
Стремление побудить пациента брать на себя ответственность за различные реальные жизненные ситуации и добиваться поставленных целей	
Трансактный анализ (E. Berne, 1961)	
Осознание пациентом мотивов своих поведенческих актов (взаимодействий — «транзакций») с целью формирования более адекватного поведения	
Психодрама (J. Moreno, 1921)	
Исследование черт характера, конфликтных ситуаций, межличностных связей путем специальной терапевтической драматизации	
Групповая психотерапия (E. Berne, 1961, C. Rogers, 1959, F. Peres, 1962)	
Поддерживающая	Улучшение социальной адаптации
Аналитически ориентированная	Реконструктивные процессы, направленные на улучшение социального функционирования
Психоанализ групп	Направлена на глубинные реконструктивные личностные процессы
Деловая	Улучшение произвольного контроля над поведенческими актами
Поведенческая	Купирование соответствующих поведенческих расстройств
Семейная психотерапия (N. Ackerman, 1962, M. Lieberman, 1972, N. Haley, 1978, S. Whitacker, 1964) Улучшение межличностных отношений в семье, ее реорганизация	
Психодинамическая	Изучение психологических механизмов семейного конфликта и связанных с ним проблем
Поведенческая	Достижение поведенческих целей методом положительного подкрепления
Стратегическая	Фиксация на разрешении конкретной проблемы, возникающей в ходе межличностного общения в семье
Экспериментальная	Оптимизация межличностных отношений в семье путем внесения изменений в организацию ее структуры
Нейро-лингвистическое программирование (D. Grinder, R. Bandler, 1979)	
Улучшение социального функционирования, за счет изменения внутренних программ поведения	

<p align="center">Гипносуггестивная психотерапия (J. Braid, 1841)</p> <p align="center">Купирование симптомов патологических процессов в состоянии гипноза</p>
<p align="center">Наркопсихотерапия (А. Lambert, 1944. Е. А. Попов, 1949)</p> <p align="center">Купирование симптомов психопатологических процессов на фоне применения препаратов, вызывающих изменение сознания</p>
<p align="center">Социотерапия (Д. Е. Мелехов, 1947, М. М. Кабанов, 1971)</p> <p align="center">Восстановление социального статуса больного, активирование процессов, са- ногенетических механизмов психопатологических процессов</p>
<p align="center">Психическая саморегуляция (Е. Jacobson, 1922, J. Schultz, 1932)</p> <p align="center">Снижение психофизиологической напряженности, выраженных стрессовых реакций, предупреждение их нежелательных последствий</p>

1.4.6. Особенности этапов реабилитационно-профилактического помощи.

На начальных этапах реабилитационно-профилактической программы для купирования патологических психических состояний у пациентов (патологическое влечение к ПАВ, депрессивные реакции, поведенческие нарушения), по согласованию с больным назначаются психотропные вещества (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, заместительная терапия), ноотропы, адаптогены и др. Однако, основное решение эмоциональных и поведенческих проблем происходит на сеансах индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции. В реабилитационно-профилактическом процессе используется работа специально подготовленных врачей (психиатра-нарколога, психотерапевта), психологов, воспитателей, педагогов, инструкторов по труду и физической подготовке и специалистов по социальной работе. Причем бригада специалистов принимает участие в медико-социальной реабилитации на всех этапах РПП. Особенностью программы реабилитации является поэтапное подключение психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных мероприятий, значимых по степени психотерапевтического воздействия для пациента.

На первом этапе важным разделом психотерапевтического воздействия является информационно-познавательный блок программы. Он состоит из лекций, семинаров, круглых столов, тематических фильмов, которые располагаются во времени в особом порядке и проходят циклами, что позволяет, вновь поступившим пациентам подключаться к процессу без потери смысловых взаимосвязей в информационном пространстве программы. В этом разделе пациенту предлагается информация о действии ПАВ на организм; о биологических, психологических и социальных аспектах зависимости; принятие концепции болезни и понимание последствий к которым приводит зависимость; о тех пробле-

мах, которые ожидают пациента в период становления ремиссии и трезвого образа жизни; о возможных способах поддержания и сохранения трезвости; о формировании навыков принятия решения; социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни, о любви, чести, долге и др. В чтении лекций и проведении семинаров, круглых столов, видеопросмотров, тренингов для пациентов программы задействованы врачи, психологи, воспитатели, специалисты по социальной работе и консультанты.

Другим разделом программы является индивидуальное и групповое психотерапевтическое воздействие, которое является наиболее действенным как при терапии зависимостей, так и психокоррекции депрессивных реакций. Психотерапевтическая работа основана на комплексе методов манипулятивной, развивающей ориентации и синтетических методик современной психотерапии (Валентик Ю. В., 2002). Психотерапия и психокоррекция в малых группах (10-15 чел.) с больными зависимостью позволяет наиболее рационально и эффективно использовать данное психотерапевтическое поле для достижения положительного результата в реабилитации и ресоциализации больного.

Значительное место в разделе программы занимала семейная терапия, которая направлена на гармонизацию внутрисемейных и интерперсональных отношений. В этом разделе было предусмотрено участие в лечебном процессе специалистов, имеющих собственный опыт восстановления от химической зависимости по данной программе.

Следует заметить, что все перечисленные разделы реабилитационно-профилактической программы могли быть эффективны при сохранении определенной психотерапевтической среды, которая основана на гармоничной и профессиональной работе персонала, задействованного в реабилитационно-профилактическом процессе.

Постреабилитационный период

На завершающем этапе РПП бригада специалистов решает вопрос об обеспечении преемственности поддерживающих и противорецидивных мероприятий по оказанию социально-психологической помощи осужденного по выходу из реабилитационно-профилактической программы и освобождения. Такая помощь может быть оказана диспансерами по месту жительства. Кроме того, социальную поддержку могут оказывать, муниципальные советы, органы опеки и попечительства и медико-психолого-социальной поддержки по месту жительства, учреждения социальной помощи (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры), специальные консультативные пункты, организации, занимающиеся «уличной работой», группы само- и взаимопомощи. Одним из показателей эффективности реабилитационного воздействия является возобновление реабилитантом образования и профессионального роста. Основная цель периода постреабилитационных мероприятий возвращение и дальнейшее позитивное функционирование реабилитанта в нормативном окружении.

Комплекс проводимых реабилитационно-профилактических мероприятий позволяет проследить ряд позитивных факторов РПП.

В процессе реализации реабилитационно-профилактической программы каждый пациент имеет возможность:

- изучить механизмы зависимости от ПАВ во всех аспектах и сопоставить с собственным опытом;
- осознать, что происходит с человеком и с ним самим при употреблении ПАВ;
- осознать себя как личность и усилить свои личностные ресурсы, препятствующие развитию саморазрушающих форм поведения;
- признать свое бессилие перед развившейся зависимостью от ПАВ;
- научиться здоровому жизненному стилю и высокоэффективному поведению при наличии своей болезни;
- уметь адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;
- научиться позитивному отношению к себе, к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;
- развить стратегии и навыки поведения, способствующие снятию дискомфорта и эмоционального напряжения без употребления психоактивных веществ, а также навыки, ведущие к здоровому образу жизни и препятствующие злоупотреблению ПАВ.

1.5. Структура программной работы

Совокупность программных мероприятий составляет в целом структуру целевой программы. Программа реабилитационно-профилактических мероприятий в ее последовательной недельной и этапной динамики реабилитации представлена на схеме 1. Предлагаемая программа РПП предусматривает до 6-ти месяцев пребывания пациента в РПО.

Каждый пункт программы имеет свой постоянный номер, соответствующий его номеру на схеме. Особые условные знаки определяют характер, интенсивность, частоту и содержание реабилитационных мероприятий: + — начальные, подготовительные, вводные; ++ — регулярные, интенсивные; (+) — завершающие, контрольные, подкрепляющие.

Комплекс реабилитационно-профилактических мероприятий, проводимых на последовательных этапах реабилитации, строго регламентирован режимом пенитенциарного учреждения и распорядком дня реабилитационно-профилактического процесса.

Режим реабилитационного процесса

Лечебно-реабилитационный процесс наркологических больных строится на принципе последовательного, поэтапного применения различных комплексов реабилитационных мероприятий.

Программа реабилитации разделена на 3 основных последовательных этапа ее реализации.

I этап – адаптационный (профилактический) продолжительностью до 1 месяца.

Рекомендуемые для 1-го этапа реабилитационные технологии: консультирование и обследование больных врачом психиатромнаркологом, психологом (психотерапевтом), социальным работником;

- система коллективного воздействия в рамках ТС;
- психокоррекционные и мотивационные мероприятия на участие в программе;
- индивидуальная психотерапия;
- развивающая групповая психотерапия;
- методики повышения уровня психической саморегуляции;
- система самообслуживания и взаимопомощи;
- система трудовой занятости;
- система образовательного развития;
- оздоровительные процедуры;
- противорецидивные мероприятия;
- психотерапевтическая работа с родственниками.

Координатор этапа — врач психиатр-нарколог или психотерапевт.

Таким образом, на первом этапе ЛРП активно используются в се основные реабилитационные мероприятия: « терапия средой», досуговая деятельность, трудотерапия, образовательная и профессиональная подготовка, психолого-психотерапевтическое и оздоровительное воздействие. Пациент находится в статусе новичка», «кандидата» с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом, регламентом и режимом работы РО требований и ограничений.

Первая неделя.

Комплекс мероприятий проводимых в первую неделю реабилитации включает:

1. *Формирование первичной закрытой малой группы с учетом возможного отсева в процессе реабилитационной работы, численностью 10-15 человек пациентов, на предмет ее соответствия требованиям положения о реабилитационном отделении.*
2. *Консультирование и обследование, больных специалистами отделения (2-й и 3-й пункты схемы)*
 - 2.1. *Выявление отсутствия противопоказаний для пребывания пациентов в реабилитационном отделении.*
 - 2.2. *Комплексная оценка клинико-anamнестических, клинико-психопатологических, клинико-динамических, психологических, социальных (ситуационных) и сомато-неврологических характеристик пациентов врачом психиатром-наркологом для определения уровня реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией (Приказ № 500 от 22.10.2003 г. МЗ РФ).*

Для оценки уровня реабилитационного потенциала используются следующие методы:

- а) *Клиническое, психиатрическое, анамнестическое, психопатологическое, динамическое исследование* — врачи психиатры-наркологи.
- б) *Экспериментально-психологическое исследование* — психологи, врачи психотерапевты — с помощью комплекса психологических методик (психодиагностические тесты) определяются особенностями характера и личности, интеллекта, качества мотивации на участие в ЛРП.
- в) *Соматоневрологическое обследование и консультирование соответствующими специалистами.*
- г) *По необходимости тестирование на наличие наркотиков в биологических средах* — специалисты биохимической лаборатории.

2.3. *Членами реабилитационной бригады (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе и др.) составляется целевая реабилитационная программа с отдельными пациентами.*

3. *С каждым пациентом проводится индивидуальная психотерапевтическая работа, в виде мотивационного интервью на потенцирование мотивов на отказ от ПАВ и участие в реабилитационном процессе. Реализуются индивидуальные лечебные и психокоррекционные мероприятия, направленные на активную коррекцию психиатрического и наркологического статуса (1-й пункт схемы) и предупреждение рецидивов.*

4. *Формирование терапевтической (реабилитационной) среды (4-й пункт схемы).*

4.1. *Решение организационных вопросов.*

4.1.1. *Определение куратора терапевтической группы и его знакомство с ее будущими членами.*

4.1.2. *Определение состава бригады специалистов для работы с отдельной группой.*

4.2. *Ознакомление пациентов с режимом, правилами и нормами жизнедеятельности реабилитационного отделения (РО) осуществляется с помощью персонала на групповых собраниях, в том числе с использованием специальных текстовых, аудио и виде материалов.*

Что должен знать каждый пациент РО:

- *режим, внутренний распорядок, регламент работы РО, кодекс этических и поведенческих норм и традиций его жизнедеятельности, права и обязанности пациентов и персонала;*
- *принципы работы РО и отдельных терапевтических групп, составляющих единое терапевтическое сообщество;*
- *иерархическую структуру РО: иерархическая шкала статуса пациентов в зависимости от этапов ЛРП; иерархическую атрибутику (знаки отличия); иерархически обусловленные права пациентов – на удобства условий проживания, на пользование бытовыми удобствами и помещениями, на встречу с близкими, на формы образования, на пользование телефоном, на использование заработанных денег, на право голоса на собраниях, на выход за пределы РО и другие;*

- *высший орган РО* — общее собрание, которое избирает Совет «старейших членов групп», определяются их ответственность, права, обязанности и нормы сменяемости, формы реализации подчиняемости в группах и взаимодействия внутри этих форм;
 - *определяются шкалы режимных ограничений и индивидуальных привилегий на этапах реабилитации; шкала поощрений за успех в ЛРП и системы самообслуживания, шкала наказаний за нарушения режима ЛРП и норм терапевтического сообщества;*
 - *регламентные процедуры в жизнедеятельности РО:*
 - а) *ежедневные общие (групповые) собрания с обсуждением итогов дня и формированием плана на следующий день;*
 - б) *экстренные, этапные и «торжественные» собрания;*
 - в) *ритуалы (обряды) — при приеме новых членов РО; при праздновании торжественных дат (государственные праздники, дни рождения, юбилейные даты РО и другие); при выписке пациентов из РО; ритуалы поощрения за успехи и объявление наказания за проступки и т. п.*
5. *Включение пациентов в систему самообслуживания и взаимопомощи* (уборка помещений, стирка, обслуживание в столовой и т. д.), то есть досуговая деятельность (9-й пункт схемы).
 6. *Включение пациентов в систему оздоровительной терапии* (физио-соматотерапия, занятия физической культурой, специальные методики и технологии оздоровления и саморегуляции, телесно-ориентированной и медитативной терапии и их модификаций (6-й, 11-й и 12-й пункты схемы).
 7. *Индивидуальная психотерапия* — использования методов нейролингвистического программирования, когнитивно-поведенческая и гипно-суггестивная терапия, проведение начальных сеансов с подкреплением осваиваемых первичных приемов саморегуляции (7-й пункт схемы).
 8. *Включение пациентов в вечерний анализ чувств.* Индивидуальный анализ состояния, обсуждение чувств дня (16-й пункт схемы).

Виды реабилитационных мероприятий.	Этапы реабилитации																												
	Адаптационный				Интеграционный																Стабилизационный								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
13. Культуротерапия.		+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)		
14. Образовательная и профессиональная подготовка.		+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	
15. Информационно-познавательные мероприятия.		+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)		
16. Вечерний анализ чувств.	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)		
17. Юридическая помощь.													+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	(+)	
18. Решение жилищных проблем.													+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	(+)	
19. Решение образовательных и трудовых проблем.													+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	(+)	
20. Решение материальных проблем.													+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	(+)	(+)	(+)	(+)	
21. Группа само и взаимопомощи.																					+	+	+	+	++	++	++	++	

Вторая неделя.

1. *Прием новых пациентов (10-15 человек) с целью формирования 2-й терапевтической группы. Проведение с ними всего комплекса организационных, диагностических, психокоррекционных, мотивационных и оздоровительных мероприятий представленных в программной работе на первую неделю с 1-й группой (1,2,3,4,6,7,9,11,12,16 пункты схемы).*
2. *Выбор системы реабилитационных мероприятий с 1-й группой, составление календарного поэтапного плана индивидуальных и групповых занятий.*
3. *Индивидуальные психотерапевтические занятия проводятся в интенсивном режиме. Основная их цель мотивация на отказ от употребления ПАВ и участие в реабилитационном процессе (7-й пункт схемы).*
4. *Активное включение членов 1-й группы во все режимные и регламентные процедуры, осуществляемые в РО (4-й пункт схемы).*
5. *Активное включение членов 1-й группы в систему самообслуживания и взаимопомощи (9-й пункт схемы).*
6. *Активное участие членов 1-й группы, в системе физиотерапевтических процедур, оздоровительных и спортивно-оздоровительных мероприятий, существующих в РО под контролем соответствующих специалистов (11-й, 12-й пункты схемы).*
7. *Занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции: овладение специальными навыками и приемами в рамках конкретной методики (6-й пункт схемы).*
8. *Первичное приобщение членов 1-й группы в систему образовательного процесса и трудовой занятости, действующую в РО: ознакомление с организацией учебного и трудового процессов в отделении, помещениями, оборудованием. Разработка индивидуального плана продолжения образования и участия в трудотерапии; выполнение конкретных индивидуальных заданий (домашние задания по индивидуальной образовательной программе, задания по трудотерапии, доступные в плане объема работы, ее сложности, продолжительности и т. д.) (10-й,14-й пункты схемы).*
9. *Включение членов 1-й группы в организацию и проведение культурно-развлекательных мероприятий (13-й пункт схемы).*
10. *Активное участие членов 1-й группы в вечернем анализе чувств (16-й пункт схемы).*
11. *Начальные групповые занятия, направленные на создание системы эффективного межличностного и группового взаимодействия, приобретение навыков коммуникации и работы в группе, коллективе (5-й пункт схемы).*
12. *Включение пациентов в занятия по программе информационно-познавательного блока (15-й пункт схемы).*
13. *Активное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям лечебно-реабилитационной программы.*

Третья-четвертая неделя.

1. *Прием новых пациентов (10-15 человек) с целью формирования 3-й терапевтической группы, проведение с ними всего комплекса организационных,*

диагностических, психокоррекционных, мотивационных и оздоровительных мероприятий (1,2,3,4,6,7,9,11,12,16 пункты схемы).

2. *Окончательное формирование всех терапевтических групп*; составление календарного поэтапного плана работы с каждой группой в режиме индивидуальных и групповых занятий, а также составление общего плана работы РО с данным контингентом.
3. *Активное включение всех пациентов в выполнение режимных и регламентных процедур, а также систему коллективного самообслуживания и самопомощи* (4-й, 9-й пункты схемы).
4. *Реализация и завершение индивидуальных психокоррекционных мероприятий и мотивирование пациентов на отказ от употребления ПАВ и активное участие в ЛРП*, на позитивное развитие и повышение уровня саморегуляции (1-й пункт схемы).
5. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах* (3-й пункт схемы).
6. *Включение всех пациентов в систему индивидуальной образовательной программы и трудотерапии*. Определение каждым пациентом индивидуальной программы образовательного и трудового процессов, выполнение индивидуальных учебных заданий, освоение основных производственных операций (10-й, 14-й пункты схемы).
7. *Занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции* (6-й пункт схемы).
8. *Активное участие всех пациентов в системе оздоровительной, спортивно-оздоровительной и культуротерапии* (11-й, 12-й, 13-й пункты схемы).
9. *Регулярная психотерапевтическая работа с пациентами с использованием техники нейролингвистического программирования (НЛП), поведенческой терапии, недирективного гипноза* (7-й пункт схемы).
10. *Регулярные занятия групповой психотерапии*, направленные на овладение и закрепление навыков межличностного и группового взаимодействия, на стимуляцию у каждого пациента процесса адекватной аутоидентификации в качестве наркологического больного, ответственного члена терапевтической группы с использованием методик групповой развивающей и манипулятивной направленности и техник, ориентированных на повышение уровня личности (НЛП, когнитивно-поведенческой терапии, арттерапии, игровой психотерапии и др.) (5-й пункт схемы).
11. *Активное участие всех пациентов на занятиях информационно-познавательного блока* (15-й пункт схемы).
12. *Активное участие всех пациентов в вечернем анализе чувств* (16-й пункт схемы).
13. *Заключительное этапное психодиагностическое тестирование*: оценка реальной индивидуальной динамики; оценка готовности отдельных членов группы к переходу ко 2-му этапу ЛРП; оценка групповой динамики (2-й пункт схемы).
14. *Разработка календарных планов индивидуальной и групповой работы на следующий этап программной деятельности*. Выбор дальнейших мероприя-

тий по обеспечению позитивных изменений в поведении и состоянии пациентов, их эффективному взаимодействию в группе.

15. *Постоянное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям ЛРП.*

II этап — интеграционный, продолжительностью до 2-4 месяцев.

Реабилитационные технологии II этапа направлены на формирование устойчивых групп больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебой, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее.

Для чего используются:

- все технологии коллективного взаимодействия и «терапии средой»;
 - все формы трудовой занятости;
 - образовательная, профессиональная подготовка;
 - все целевые развивающие групповые методики;
 - все методики активной психофизической саморегуляции;
 - методики манипулятивной направленности (кроме эмоционально-стрессовой терапии) — закрепляющие и завершающие сеансы и занятия;
 - оздоровительные технологии и процедуры, включая спортивные занятия с использованием динамических нормативов;
 - подготовительные мероприятия и процедуры активного разрешения комплекса социальных проблем;
- психотерапевтическая работа с родственниками.

Координаторы этапа — врач психотерапевт или психолог.

Пятая-восьмая недели.

Этот период характеризуется неустойчивостью психического состояния, колебаниями настроения, периодическими обострениями патологического влечения к привычному ПАВ. Формы поведения и установки пациентов существенно зависят от позитивного влияния группы, терапевтической среды, в связи с чем максимально активно используются шкалы режимных ограничений, поощрений и наказаний, индивидуальных привилегий, реализуются иерархически обусловленные права, взаимодействие и взаимный контроль всех членов общества.

Мероприятия, проводимые за этот период программной работы:

1. *Специальные психокоррекционные мероприятия и лечебные программы проводятся по индивидуальным показаниям (1-й пункт схемы).*
2. *Активное участие всех пациентов в реализации жизнедеятельности РО, обеспечение максимального воздействия терапевтической среды, что достигается путем соблюдения режима работы, выполнения регламентных процедур, осуществления коллективного самообслуживания и взаимопомощи (4-й, 9-й пункты схемы).*
3. *Активное участие всех пациентов в организованных образовательных и трудовых процессах (10-й, 14-й пункты схемы).*

4. *Регулярные занятия по повышению уровня психофизической саморегуляции (6-й пункт схемы).*
5. *Активное участие пациентов в системе оздоровительных и спортивно-оздоровительных мероприятий (11-й, 12-й пункт)*
6. *Культтерапия – участие пациентов в реализуемых в РО культурно-массовых программах, начальные занятия в группе арттерапии.*
7. *Индивидуальная психотерапевтическая работа с пациентами – с учетом личностных особенностей, особенностей динамики состояния больных, их взаимоотношений в группе, с персоналом, с близкими и другими значимыми лицами (7-й пункт схемы).*
8. *Групповая психотерапевтическая работа с пациентами (15-й пункт схемы) включает:*
 - регулярные занятия по закреплению навыков межличностного и группового взаимодействия;
 - занятия по методикам групповой развивающей и манипулятивной направленности – овладение навыками отказа от ПАВ, адекватного поведения в проблемных ситуациях и ситуациях риска наркотизации, формирование установки на успешную работу над собой в рамках предлагаемой программы, на позитивные перспективы в будущем во всех сферах жизнедеятельности.
9. *Семейная терапия – вводные занятия: разрешение первых свиданий с родственниками и близкими, активное знакомство специалистов с значимыми другими лицами (члены семьи, друзья и др.), выявление их позиций по проблемным ситуациям для пациентов (8-й пункт схемы).*
10. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах (3-й пункт схемы).*
11. *Активное проведение информационно-познавательных мероприятий: лекции, семинары, просмотр тематических видеофильмов (15-й пункт схемы).*
12. *Ежедневный вечерний анализ чувств (16-й пункт схемы).*
13. *Постоянное обеспечение пациентов целевой информацией по всем направлениям ЛРП.*

Девятая-двенадцатая недели.

Активная реализация всех программных мероприятий аналогично пятой-восьмой недели ЛРП, за исключением 2,3,8,11,13,14 пунктов схемы.

2. *Контрольное психодиагностическое тестирование.*
3. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах.*
8. *Семейная терапия – начало регулярных групповых занятий.*
11. *Оздоровительные (физиотерапевтические) мероприятия — пациентам проводятся подкрепляющие физиотерапевтические процедуры.*
13. *Культтерапия – расширение форм по культурному наполнению досуга (праздничные вечера, коллективные видеопросмотры, дискуссии после просмотра фильмов или чтения художественной литературы, арттерапия и т. д.)*
14. *Регулярные образовательные занятия и занятия по профессиональной подготовке или переподготовке.*

Тринадцатая-двадцатая недели.

Реализация всех программных мероприятий аналогично девятой-двенадцатой недели, кроме пунктов 5,7,15. подведение итогов работы в рамках I и II этапов ЛРП. Коррекция календарных планов последующей программной работы.

5. *Групповая психотерапевтическая работа* — подводятся контрольные и подкрепляющие занятия по овладению навыками межличностного общения и группового взаимодействия, по закреплению положительных установок и адекватных форм поведения, позитивной мотивации и оптимистической оценки будущего.
7. *Индивидуальная психотерапевтическая работа* – контрольные и подкрепляющие занятия по закреплению положительной установки на здоровый образ жизни.
15. *Информационно-познавательные мероприятия* – лекции, семинары, круглые столы, тематические фильмы расположены во времени в особом порядке и проводятся 2-х месячными циклами на протяжении всего реабилитационного периода.

К концу II этапа активно включаются в работу специалисты по социальной работе. Наряду с другими реабилитационными технологиями на передний план выступают процедуры по решению социальных и правовых проблем: помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем; содействие в продолжении учебы, профессиональной подготовке, трудоустройстве после выписки из РО; консультирование по правовым вопросам (17,18,19,20-й пункты схемы).

III этап — стабилизационный, продолжительностью 1-2 месяца. Реабилитационные технологии III этапа направлены на реализацию возможностей реабилитационной среды, а также медицинских, психологических и социальных технологий; стимулирование профессиональной ориентации, увеличение объема физического и интеллектуального труда, вовлечение больных в работу групп само- и взаимопомощи; подготовку к выписке из реабилитационного учреждения и функционированию в открытой социальной среде.

Для чего используются:

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

- методики манипулятивной направленности (максимально индивидуализированные завершающие сеансы и процедуры, включая при показаниях эмоционально-стрессовую терапию);
- оздоровительные технологии и процедуры, спортивные занятия с выполнением все более высоких нормативов и включением соревновательных элементов;
- процедуры решения социальных и правовых проблем;
- психотерапевтическую работу с родственниками.

Координаторы этапа — психолог или специалист по социальной работе.

На III-м этапе реализации реабилитационной программы проводятся активная подготовка пациентов к выходу из РО – при условии проживания в нем с краткосрочными дневными выходами из отделения для решения конкретных задач.

Двадцать первая — двадцать четвертая недели.

1. *Реализация в полном объеме всех программных мероприятий проводимых на II-м этапе ЛРП с различием их характера, интенсивности и частоты, кроме I-го пункта схемы.*
2. *Контрольное психодиагностическое тестирование на 24 недели ЛРП.*
3. *Контрольное тестирование на ПАВ в биологических средах на 24 недели ЛРП.*
4. *Терапия средой проводится в щадящем режиме с учетом статуса «выпускника-пациента» РО. Допускается смягчение режимных ограничений: в частности, в отношении контактов с родственниками, увеличения личного свободного времени, более частые выходы из РО и т. д.*
5. *Групповые психотерапевтические занятия имеют свои особенности:*
 - групповая коммуникативная терапия – проводятся завершающие занятия.
 - групповая развивающая терапия и занятия с применением манипулятивных методик – проводятся завершающие и подкрепляющие занятия с целью усиления эффекта использования этих методик на предыдущих этапах.
6. *Занятия по психофизической регуляции – контрольные, подкрепляющие занятия с коррекцией индивидуальных заданий для самостоятельной работы.*
7. *Индивидуальные психотерапевтические занятия – завершающие подкрепляющие для усиления достигнутых результатов.*
8. Семейная психотерапия – завершающие групповые занятия для закрепления позиций во внутрисемейных отношениях и с определенной перспективой и позитивной установкой на их дальнейшие улучшения и стабилизацию.
9. Трудовая занятость в рамках реализуемых в РО трудовых процессов – постоянно сокращаются.
10. Оздоровительные (физиотерапевтические) процедуры – проводятся подкрепляющие и закрепляющие процедуры.
11. Спортивно-оздоровительные мероприятия – завершающие занятия, проведение соревнований.

12. Культтерапия – завершающие занятия с подведением итогов творческой работы (проведение концертов, выставок и т. д.).
13. Образовательные мероприятия – завершающие занятия, с подведением итогов, в том числе в рамках профессиональной подготовки и переподготовки.
14. Информационно-познавательные мероприятия – проводятся круглые столы, просмотр фильмов, чтение книг с последующим их обсуждением.
15. Регулярный вечерний анализ чувств с фиксацией позитивных ощущений, побуждений и установок.
16. Группа само и взаимопомощи – начальные занятия в группе само и взаимопомощи. Активно налаживается система социальной поддержки.

Двадцать пятая – двадцать восьмая недели.

Реализуются все более частые и длительные (до нескольких дней) выходы из РО, используется возможность работы или продолжение обучения вне РО, активно решаются социально-бытовые, образовательные и трудовые проблемы, налаживается система наркологической поддержки и наблюдения в наркологическом диспансере после выписки из РО, возможного включения в группы само и взаимопомощи.

Реализация программных мероприятий аналогично двадцать первой – двадцать четвертой недели с различиями по следующим пунктам:

5. Групповая психотерапия:

- проводятся контрольные, закрепляющие и завершающие (в том числе последнее) занятие с использованием техники развивающей терапии.
 - проводятся закрепляющий и завершающий цикл сеансов с использованием манипулятивных методик (возможно эмоционально-стрессовых) с упором на максимальную фиксацию позитивных эффектов применения конкретных техник, с ориентацией на их удержание в ближайшем и отдаленном будущем.
6. *Занятия по психофизической регуляции* – контрольные, закрепляющие занятия с коррекцией индивидуальных заданий для самостоятельной работы.
 7. *Индивидуальная психотерапия* – контрольные и закрепляющие занятия с фиксацией установки на здоровый образ жизни.
 8. *Семейная психотерапия* – контрольная и заключительная встречи персонала и членов «выпускной» терапевтической группы с близкими пациентов в торжественной обстановке. Рекомендации пациентам в отношении семейной жизни на ближайшее и отдаленное будущее.

На последних двух неделях ЛРП проводятся мероприятия по завершению всей программной работы.

Итоговое психодиагностическое тестирование с оценкой личностной динамики, на 27 недели реабилитации (2-й пункт схемы).

Заключительное символическое тестирование пациентов на наличие наркотиков в биологических средах. (3-й пункт схемы).

Проведение заключительных регламентных процедур, подготовка и выписка пациентов из РО. Оформление для этих пациентов удостоверений под-

тверждающего статус почетного или ассоциированного члена терапевтического сообщества (4-й пункт схемы).

Окончание участия пациентов в трудовых процессах РО — с возможным проведением с ними окончательных денежных расчетов, «выходных пособий, подъемных» для устройства на работу, решение жилищных материальных, образовательных и трудовых проблем. Заключительные занятия в системе образовательной и профессиональной подготовки – с вручением соответствующих документов (похвальных грамот, свидетельств, удостоверений). Выдача пациентам личных документов и направлений на продолжение образования или трудоустройство. (14,18,19,20-й пункты схемы).

Прием пациентов в члены группы само и взаимопомощи (21-й пункт схемы).

После завершения программы интенсивной реабилитации больной включается в программы поддерживающей реабилитации – профилактические (постреабилитационные), направленные на усиление мотивов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания (амбулаторно).

С первых дней реабилитации больного убеждают в том, что он обязан подтвердить (своим поведением, соблюдением распорядка дня, выполнением рекомендаций сотрудников реабилитационного центра, активным участием в программе и т. д.) готовность быть переведенным на следующий этап реабилитации.

После завершения каждого этапа члены наркологической бригады (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, социальный работник и др.) оценивают состояние больного и коллегиально выносят решение о переводе больного на последующий этап реабилитации или оставляют его на прежнем этапе.

Начиная со второго этапа, проводится аттестация (оценка) достижений больного по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном отделении (стационар, амбулатория, семья); самообслуживание; отношение к труду; приобретение и совершенствование профессиональных навыков; отношение к учебе (уровень успеваемости); участие в работе секций, кружков и т. д.; качество индивидуальной работы по заданиям специалистов и ответственность за взятые на себя обязательства; отношения с родителями; коммуникативные навыки; уровень межличностных отношений; критика к своему заболеванию; восприятие своего будущего и реальность планов на ресоциализацию и т. д.

В конце третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного учреждения проводится обследование и итоговая аттестация, которая включает анализ данных соматического и психического состояния больного, письменное тестирование (экзамен) и собеседование.

Аттестация проводится:

- а) членами реабилитационной бригады;
- б) членами психотерапевтических групп, учебного класса, производственного коллектива в которых находился больной.

Аттестационный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование, к основным темам этого «испытания» относятся: понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия наркомании; признаки обострения заболевания; навыки профилактики срывов и кризисных ситуаций; роль руда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; определение таких понятий как эмоции, воля, дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность и др.

Устное собеседование носит дружеский характер. Подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы своих товарищей и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, о своем заболевании, динамике выздоровления, позитивных достижениях, о взаимоотношениях с семьей, о конкретных планах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного подарка в виде своеобразного «свидетельства» о завершении реабилитационной программы.

1.6. Структура и устройство реабилитационно-профилактического отделения

Условия пенитенциарного учреждения являются оптимальными для организации реабилитационно-профилактической помощи больным с зависимостью от ПАВ и имеют свои преимущества:

1. Больные с аддиктивными состояниями с самого начала социальной изоляции лишены возможности получения ПАВ.

2. Всем пациентам доступна комплексная профилактическая и лечебно-реабилитационная помощь в силу наличия в пенитенциарном учреждении специалистов (психиатра-нарколога, врачей других специальностей, психологов, воспитателей, педагогов и др.).

3. Оптимальная возможность создания реабилитационной (профилактической) среды и подбора однородных групп для проведения реабилитационно-профилактических мероприятий.

4. Срок пребывания осужденных в исправительном учреждении не менее одного года.

Для осуществления поставленных задач профилактической и лечебно-реабилитационной помощи в структуре пенитенциарного учреждения на базе медико-санитарной части пенитенциарного учреждения организовано реабилитационно-профилактическое отделение (РПО), включающее следующие структурные подразделения (схема 2). Согласно программы РПП, реабилитационно-профилактическое отделение призвано проводить консультативно-диагностическую, психокоррекционную, реабилитационно-профилактическую и организационно-методическую деятельность с учетом условий пенитенциарного учреждения. В структурном отношении РПО включает 6 комплексов (карантинный отряд, консультативно-поликлинический, стационарный, лабораторно-диагностический, учебно-производственный и спортивно-досуговый комплексы, а также спальный сектор основных отрядов ИУ, эффективно взаи-

модействующих на разных этапах реабилитационно-профилактической программы, позволяющих осуществлять раннюю диагностику психических и поведенческих расстройств, в том числе признаков ПД и зависимости от ПАВ, а также специализированную и реабилитационно-профилактическую помощь.

Функционирование реабилитационно-профилактического отделения осуществляет бригада специалистов (врач психиатр-нарколог (психотерапевт), психолог, специалист по социальной работе, педагог, воспитатель, инструктора по физической подготовке и труду, врачи консультанты).

Схема 2 Модель структуры реабилитационно-профилактического отделения по оказанию специализированной помощи больным с депрессивными реакциями и наркологической патологией.



<ul style="list-style-type: none"> - психодиагностическое тестирование <p>Мероприятия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - специальные психокоррекционные программы, психотерапия - психофизическая саморегуляция - оздоровительные процедуры - информационно-познавательный блок 	
--	--

Члены бригады постоянно взаимодействуют во всех организационных и терапевтических мероприятиях, как в отношении контингента РПО в целом, так и различных терапевтических групп и отдельных пациентов.

Координирует деятельность бригады, работающей с конкретной терапевтической группой, куратор группы – врач психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог. На отдельных этапах реабилитации возможна передача этой функции от специалиста к специалисту: 1 — этап – психиатр-нарколог (психотерапевт) или психолог; 2-й этап – психолог или воспитатель (специалист по социальной работе); 3-й этап – психолог или воспитатель (специалист по социальной работе).

Регулярно проводятся плановые рабочие совещания бригады специалистов, в том числе обязательные итоговые еженедельные совещания и совещания, завершающие каждый отдельный этап реабилитационного процесса. При интернировании осужденного в пенитенциарное учреждение в течение первых 2-4 недель он находится в карантинном отряде.

Карантинный отряд — предназначен для вновь поступивших в ИУ осужденных и рассчитан от 20 до 100 человек. Отряд располагается изолированно и состоит из спальных комнат, комнаты отдыха, столовой, прогулочного дворика.

Первый этап РПП осуществляется в карантинном отряде. В течение первой недели интернирования осужденного в пенитенциарное учреждение он проходит консультативно-диагностическое обследование у специалистов РПО. С учетом полипрофессионального подхода проводится комплексная оценка клинико-anamnestических, клинико-психопатологических, клинико-психологических, психолого-педагогических, социальных (ситуационных) и соматоневрологических характеристик для выявления признаков ПД и преморбидных аддиктивных состояний и психической и наркологической патологии, а также определения уровня реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой оценки уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией (Приказ № 500 от 22.10.2003 МЗ РФ, приложение 1,2). Результатом комплексного обследования является формирование функционального многоосевого диагноза и определение индивидуальной программы РПП.

Программная работа осуществляется в рамках отдельных активно формируемых групп из прошедших отбор у специалистов реабилитационного блока. Предусмотрены терапевтические группы численностью 10-15 человек:

- группы для осужденных с зависимостью от ПАВ, в том числе с диагностированными депрессивными реакциями;
- группы для лиц без признаков зависимости от ПАВ, но с выявленными признаками ПД;

— группы (профилактическая) для «преморбидно практически здоровых» осужденных пенитенциарного учреждения.

При отборе пациентов в группы учитывается их возраст, формы зависимости от ПАВ, уровень реабилитационного потенциала, личностные особенности, возможная психологическая совместимость. Психологически и социально наиболее сохранные, проявившие твердую установку на трезвость и воздержание от ПАВ пациенты выбираются в Совет терапевтического сообщества.

Начиная со второй недели пребывания осужденных в карантинном отряде осуществляется активная психокоррекционная и реабилитационно — профилактическая работа с пациентами, включающая психокоррекционные и специальные лечебные программы, индивидуальную и групповую психотерапию, психофизическую саморегуляцию, оздоровительные процедуры, информационно-познавательный блок. Комплекс проводимых мероприятий направлен на изменение психологической установки личности, выработку самоконтроля и самодисциплины, изменение представления о себе, приобретение нового опыта преодоления аффектогенных ситуаций, коррекцию дезадаптивных форм поведения, развитие компетентности в социальном функционировании и эффективной коммуникации, формирование критического отношения к своему заболеванию и другое.

Консультативно-поликлинический комплекс состоит из кабинетов: психотерапии, психиатра-нарколога, рефлексотерапии, физиотерапии, врачей других специальностей, массажа и ЛФК, позволяющих проводить клиническую диагностику и патогенетические терапевтические воздействия в амбулаторном режиме.

Стационарный комплекс предназначен для пациентов, обнаруживающих выраженные признаки адаптационных расстройств, экзоцербации или декомпенсации психической и наркологической патологии. Данный комплекс включает палаты активной этиопатогенетической терапии, рефлекс- и психотерапии.

В лабораторно-диагностический комплекс осуществляется психодиагностическое тестирование, экспериментально-психологическое, физиологическое и биохимическое обследование, а также тестирование на наличие в биологических средах ПАВ. Мероприятия, проводимые специалистами данного комплекса, являются ведущими на адаптационном этапе реабилитационно-профилактической программы.

Учебно-производственный и спортивно-досуговый комплексы включают лечебно-производственные цеха, предназначенные для осуществления трудотерапии, а также ПТУ, клуб и спортивный зал. В ПТУ наряду с обучением по индивидуальной образовательной программе создана изостудия, предназначенная для арттерапии (рисование, лепка, фотография и т. д.). Культуротерапия, спортивно-оздоровительные мероприятия реализуются в клубе и на спортивных площадках.

Спальный сектор основных отрядов. Каждый отряд располагается изолированно и состоит из спальных комнат, комнаты отдыха, столовой, кабинета воспитателей. Для реализации воспитательной системы за каждым отрядом закрепляется старший воспитатель и из расчета на 20 осужденных

крепляется старший воспитатель и из расчета на 20 осужденных один воспитатель, а также лица, отвечающие за образовательный процесс и трудовую деятельность. В помещениях спального сектора проводятся сеансы психотерапии, психофизической саморегуляции, осуществляется досуговая деятельность, вечерний анализ чувств, группа само- и взаимопомощи.

Для осуществления комплекса реабилитационно-профилактических мероприятий с учетом режимных требований пенитенциарного учреждения определен распорядок дня реабилитационно-профилактического процесса.

Распорядок дня реабилитационно-профилактического процесса

6.00	Подъем.
6.00-7.00	Личная гигиена, уборка постели.
7.00-7.30	Утренняя медитация, зарядка (тема дня).
7.30-8.00	Завтрак.
8.00-9.15	Малая группа. <ul style="list-style-type: none">– работа с психиатром-наркологом, психотерапевтом, психологом, воспитателем (специалистом по социальной работе);– психологический тренинг.
9.15-9.30	Перерыв.
9.30-12.15	Индивидуальная работа с врачом (по показаниям лечебные и физиотерапевтические мероприятия). Трудотерапия. Учебный процесс.
12.15-12.30	Подготовка к обеду.
12.30-13.30	Обед.
13.30-14.15	Лекция (фильм).
14.15-17.00	Комплекс мероприятий по показаниям <ul style="list-style-type: none">– Индивидуальная работа с врачом, психологом или воспитателем (специалистом по социальной работе);– Терапевтические процедуры (психокоррекция, физиотерапия, ароматерапия и пр.);– Арт-терапия;– Трудотерапия;– Спортивные занятия.
17.00-17.30	Построение.
17.30-20.15	Комплекс вечерних мероприятий: <ul style="list-style-type: none">– спортивные занятия;– культурно-массовые мероприятия;– подготовка домашних заданий.
20.15-21.00	Ужин.
21.00-21.45	Вечерний анализ чувств: <ul style="list-style-type: none">– как прошел твой день? что мы достигли?– обсуждение чувств дня;

	– анализ состояния;
	– индивидуальное задание («Задания на дом»).
21.45-22.00	Подготовка ко сну.
22.00	Спокойной ночи.

Примечание:

Время окончания лечебных мероприятий является приблизительным и устанавливается ведущим. Вместо одного из реабилитационных мероприятий по усмотрению руководителя лечебной программы может быть проведено собрание терапевтического сообщества. Работа с родственниками больных в группе или индивидуально проводится в утреннее или вечернее время.

Раздел 2.

ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОЗАВИСИМЫХ

Психосоциальная работа с семьей.

На протяжении последнего десятилетия распространение потребления психоактивных веществ (ПАВ) в нашей стране приняло большие масштабы.

Большинство потребителей наркотиков и больных наркоманиями составляют подростки и молодежь. Раннее приобщение к ПАВ быстро формирует у лиц молодого возраста установку на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливает формирование личности, разрушает ценностные ориентации, нарушает семейные отношения. Как показывает опыт, большинство родителей атрибутируют причины заболевания на внешние факторы не связывая их с состоянием отношений в семье.

Актуальность данной схемы коррекционной работы повышается еще и в силу того, что в семье, где есть зависимый, происходят кардинальные изменения отношений. Заболевание вызывает ответную реакцию со стороны близких в виде усиления опеки, которая, по механизму обратной связи, еще больше усиливает и провоцирует заболевание.

Основные причины необходимости коррекционной работы с семьями зависимых (созависимыми):

- очень близкая и сильная эмоциональная связь с родителями, особенно с матерью,
- многие заболевания, в том числе и зависимости, обусловлены специфическими детско-родительскими отношениями,
- любое заболевание, в т. ч. и зависимость, протекает в семейном «поле», поэтому состояние этого «поля» может либо ускорять процесс выздоровления, либо препятствовать ему.

Ниже представленная схема проведения групповой коррекционной работы с созависимыми основана на принципах, развиваемых в отечественной психологии (Л. С. Выготский, С. Я. Рубинштейн, Б. В. Зейгарник, А. Н. Леонтьев, В. Н. Братусь, Е. Т. Соколова), а именно: теория интериоризации-экстериоризации; теория деятельности; представление о формировании сознания, как процесса взаимодействия со значимыми другими.

2.1. Структура программы социально-психологической коррекции созависимых

Организационная часть программы

Работа проводится в виде очных сессий. Очные сессии представлены 15-20 часовым «погружением» в тренинговое «пространство». В течении года проводится не менее 3 сессий. В период между сессиями созависимые выполняют домашние задания, встречаются с группой самостоятельно, обсуждают свои проблемы и отмечают происходящие изменения.

Содержательная часть программы

Состоит из трех блоков: **информационный, коммуникативный, личностный.**

Информационный блок включает:

Знакомство с основными признаками семейной системы, правилами семьи, признаками функциональных и дисфункциональных семей, стилями родительского поведения, динамикой семейных отношений, Общими признаками зависимости и созависимости, течением созависимости, с теориями личности, особенностями развития личности и кризисными этапами в жизни; общие представления о психологии развития, представления о психосоматических взаимоотношениях.

В структуре информационного блока проводятся сеансы мотивационной психотерапии в форме групповых и/или индивидуальных психотерапевтических занятий и спикерских групп. Цель — усвоение и когнитивная проработка информации о характере течения и методах лечебно-реабилитационной помощи при зависимости от ПАВ; о нарушениях, обусловленных болезнью, которые сохраняются во всех сферах функционирования больного (в том числе и в сфере семейных отношений); о способах коррекции этих нарушений; о необходимости участия несовершеннолетнего с аддиктивным поведением или признаками формирующейся зависимости и всей семьи в реабилитационном процессе для достижения здорового образа жизни или устойчивой ремиссии.

Для осуществления информационного блока представлены данные о семейной системе.

Семья как система.

В процессе утяжеления наркотической зависимости страдает одна из сфер жизнедеятельности больного собственная семья и в итоге наркозависимый возвращается к родителям. Поэтому семья является сложной системой взаимоотношений, в которой каждый ее член занимает определенное место, участвует в выполнении определенных функций, своей деятельностью удовлетворяет потребности других, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимодействий (Шихирев П. Н., 1987).

Понятие семьи как системы свидетельствует, что наркозависимость является проблемой не только для человека, но и для его членов семьи и других значимых лиц. Нарушается функционирование всей семейной системы, которая становится причиной болезни, поэтому лечить необходимо не только зависимого, но и всю семью.

Основные признаки семейной системы. Структура семьи.

Классическая семейная группа включает мать, отца, одного или более детей. Отсутствующий или умерший человек может оказывать сильное влияние на функционирование семьи, например, как автор правил, молчаливый критик, образец для подражания или неподражания. Кровные связи не являются обязательным условием.

Главный компонент семьи

В семье главным компонентом являются супружеская пара, мать и отец, их взаимоотношения. Качество этих взаимоотношений зависит от степени зрелости и целостности их личностей.

Целостность семьи

Целое больше, чем сумма частей. Однако, если мы соберем несколько человек вместе, то они образуют случайную группу. В семье эти элементы взаимодействуют между собой определенным образом.

Социальные роли в семье

Взаимодействие членов семьи происходит в соответствии с избранными ролями. Это социальные роли — мать, отец, жена, муж, сестра и психологические роли — обидчик, жертва, победитель, маленькая принцесса, гений, клоун, солнышко, носитель проблем и др. Любая система (в том числе семья) свято хранит свои правила и роли.

Взаимоотношения в семье.

Взаимодействие членов семьи происходит по твердым правилам. Правила могут быть открытыми и скрытыми.

Семейные правила

Поведение членов семьи связано неписаными семейными правилами. Этими

правилами определяются:

- функции каждого человека,
- взаимоотношения между людьми,
- цели, к которым все они идут
- то, как они собираются достигать их, а также что требуется и что запрещается на пути к достижению этих целей.

В рамках семейной системы правила выполняют четыре основные функции:

- Устанавливают взгляды, ожидания, ценности и цели семьи.
- Определяют, кому принадлежит власть и авторитет, как они будут использоваться и какая реакция на них предполагается со стороны членов семьи.
- Предполагают, как семья будет справляться с изменениями внешними и внутренними.
- Предписывают, как члены семьи могут обращаться друг с другом и по какому поводу.

Открытость (закрытость) системы

Семейная система может быть открытой для новых идей, правил, людей, новой информации. Либо может быть наглухо закрытой, «замороженной». В

закрытой системе ничего не меняется, все идет по давно заведенным правилам. Лишь накапливаются неудовольствие, боль, болезни.

Потребности семьи

У семьи есть свои потребности: материальные (крыша над головой, физическая безопасность, финансы, пища); духовные (в продуктивности, в поддержании эмоций, во взаимоотношениях, в единении).

2.2. Функциональные и дисфункциональные семьи

По мнению Э. Г. Эйдемиллера, нормально функционирующая семья «ответственно и дифференцированно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена». К функциям семьи автор относит: воспитательную; хозяйственно-бытовую; эмоциональную; духовное общение; первичный социальный контроль; сексуально-эротическую.

Согласно В. Сатир для определения нормально функционирующей семьи использует термин «зрелая» или «открытая система», для которой характерны: высокая самооценка ее членов; открытые, современные правила, меняющиеся в случае необходимости; полная свобода любых обсуждений; прямое, адекватное, способствующее внутреннему росту личности, общение.

Признаки функциональной семьи

Основные признаки функциональной семьи:

- Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся.
- Ролевые функции выбираются, а не навязываются.
- Поощряются свободы (свобода восприятия, мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества).
- Возникающие проблемы признаются и решаются.
- Гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.
- Ошибки прощаются, на них учатся.
- Родители делают то, что говорят.
- Члены семьи умеют удовлетворять свои потребности.
- В семье есть место развлечениям.

Признаки дисфункциональной семьи

Основные признаки дисфункциональной семьи:

- Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной.
- Недифференцированность «я» каждого члена («Если мама сердится, то сердятся все»).
- Замороженность правил и ролей.
- Вакуум интимности.
- Конфликтность во взаимоотношениях.

- Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
- Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия.
- Закрытость системы.
- Склонность к полярности чувств и суждений.
- Абсолютизирование воли, контроля.

Дисфункциональные семьи являются проблемными и требуют применения комплекса мероприятий, направленных на их выявление и оказание всем членам семьи своевременной социально-психологической и психотерапевтической помощи.

Сравнение функциональных и дисфункциональных семей

Функциональные семьи	Дисфункциональные семьи
<i>Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций</i>	<i>Негибкость ролей, функции ригидны</i>
<i>Правила гуманны и способствуют гармонии, поощряется честность</i>	<i>Правила не гуманны, им невозможно следовать</i>
<i>Границы признаются и уважаются</i>	<i>Границы либо отсутствуют, либо ригидны</i>
<i>Коммуникации прямые; чувства открыты свобода говорить</i>	<i>Коммуникации не прямые и скрытые; чувства не ценятся</i>
<i>Поощряется рост и независимость; индивиды способны видеть конфликты</i>	<i>Поощряется либо бунтарство либо зависимость и покорность; индивиды не способны разрешать конфликты</i>
<i>Исход: приемлемый и конструктивный</i>	<i>Исход: неприемлемый и деструктивный</i>

Стили родительского поведения

Согласно данным американского психолога Дианы Бомринд в зависимости от типа отношений с ребенком формируются 4 основных стиля родительского поведения, которые и лежат в основе всех проблем.

Стиль поведения	Характеристики	Особенности руководства и влияние на детей
Авторитетный	Высокий уровень контроля. Теплые отношения	Признают и поощряют растущую автономию своих детей. Отношения строятся на взаимоуважении и доверии. Открыты для общения и обсуждения с детьми установленных правил поведения. Допускают изменения своих требований в разумных пределах. Дети превосходно адаптированы; уверены в себе, у них развит самоконтроль и социальные на-

		<p>выки, они хорошо учатся и обладают высокой самооценкой. В юношеском возрасте дети ведут себя разумно, ответственно, в меру независимо. Проблемы становления взрослого «Я» минимальны, внутренний кризис сглажен. Обладают разумной верой в себя и собственные силы.</p>
Авторитарный	<p>Высокий уровень контроля. Холодные отношения</p>	<p>Отдают приказания и ждут, что они будут в точности выполнены. Закрыты для постоянного общения с детьми. Устанавливают жесткие требования и правила, не допускают их обсуждения. Позволяют детям лишь в незначительной степени быть независимыми от них. Их дети, как правило, замкнуты, боязливы и угрюмы, непритязательны и раздражительны. Девочки обычно остаются пассивными и зависимыми на протяжении подросткового и юношеского возраста. Мальчики могут стать неуправляемыми и агрессивными. В юношеском возрасте часто демонстративны, ведут себя вызывающе. Пытаются скрыть за маской развязности свою зависимость, неуверенность и тревожность.</p>
Либеральный	<p>Низкий уровень контроля. Теплые отношения</p>	<p>Слабо или совсем не регламентируют поведение ребенка. Безусловная родительская любовь. Открыты для общения с детьми, однако доминирующее направление общения — от ребенка к родителям. Детям предоставлен избыток свободы при незначительном руководстве родителей. Родители не устанавливают каких-либо ограничений. В юношеском возрасте дети склонны к непослушанию и агрессивности, на людях ведут себя неадекватно и импульсивно, нетребовательны к себе. В некоторых случаях дети становятся активными, решительными и творческими людьми. В основном же игнорируют нормы и правила, принятые в обществе, не обладают самоконтролем, страдают от комплекса неполноценности.</p>

Безразличный	низкий уровень контроля. Холодные отношения	Не устанавливают для детей никаких ограничений. Безразличны к собственным детям. Закрыты для общения. Из-за обремененности собственными проблемами у них не остается сил на воспитание детей. Если безразличие родителей сочетается с враждебностью (как у отвергающих родителей), ребенка ничто не удерживает от того, чтобы дать волю своим самым разрушительным импульсам и проявить склонность к проблемному поведению. Это практически неизбежный путь к употреблению наркотиков.
--------------	---	--

Динамика семейных отношений при формировании наркозависимости

В процессе формирования наркотической зависимости у родителей зависимого выявляются несколько фаз реагирования (Валентик Ю. В., Булаников А. Н., 1999).

1-я фаза — аффективно-шоковая

Она связана с тем, что для большинства родителей типична позиция, когда они понимают тяжесть последствий употребления наркотиков детьми, но убеждены, что их ребенка эта беда никогда не коснется. Поэтому в ответ на сведения о наркотизации ребенка у родителей, как правило, развивается реакция по типу «эмоционального шока». Эта реакция обычно непродолжительна, но сразу делает внутрисемейные отношения «родитель-ребенок» особыми отношениями.

2-я фаза — фаза родительского гиперконтроля

Для этой фазы типично стремление родителей к установлению максимального контроля за поведением ребенка, за его контактами. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. Она обусловлена тем, что родители при установлении гиперконтроля ставят перед собой в действительности нереальную цель. Это вызывает одно стремление — избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, пренебрежение к требованиям родных.

3-я фаза — фаза оппозиционного противостояния наркотизирующегося ребенка и родителей

В этой фазе подросток — наркоман перестает скрывать свою наркотизацию, может бравировать пренебрежением к требованиям родных, или давать неоднократные обещания прекратить употребление наркотиков, но каждый раз у него возникают «объективные» причины, в силу которых наркотизация возобновляется. Такая «концепция зависимости» принимается родителями, и они

начинают обвинять в наркотизации ребенка его друзей и знакомых, торговцев наркотиками, недостаточность работы со стороны правоохранительных органов. В большинстве случаев родители возлагают основные надежды на меры медицинского характера. Данная фаза, как правило, характеризуется доминирующим положением больного ребенка в семье, что позволяет ему манипулировать родителями, отношения с которыми складываются по принципу «пусть делает, что хочет, лишь бы не кололся». Такое положение, как правило, существует не более 3-4 месяцев, а затем следует рецидив.

*4-я фаза — фаза поляризации конфликтных отношений
и нарастания безразличия к исходу*

Эта фаза, как правило, развивается в связи с повторяющимися срывами после кратковременных или длительных курсов лечения. Родители в причинах повторяющихся срывов видят недостаточную компетентность наркологов, обвиняют подростка в «слабости воли», в плохом характере» и отказываются от попыток решать проблему зависимости доступными им средствами. При этом стойкие конфликтные отношения сопровождаются тем, что и подросток-наркоман, и родители продолжают существовать в своеобразных автономных условиях. Происходит капитуляция и фактический распад семьи как единого организма. У матерей часто развивается «эмоциональное истощение» под воздействием возникающих семейных проблем, и поэтому период госпитализации они иногда рассматривают как единственную возможность «отдыха».

2.3. Созависимость.

В качестве иллюстрации созависимого поведения, способствующего поддержанию наркозависимости, можно привести следующие выявленные факторы:

- 84 % опрошенных позволяли обманывать себя, давая деньги своему ребенку, хотя предполагали, что деньги будут потрачены на наркотик.
- 32 % давали деньги на покупку наркотиков под влиянием жалости при абстинентном синдроме или уступая вымогательству.
- 67 % скрывали кражи ценных вещей из дома и не обращались в милицию.
- 60 % испытывают усиление страха, тревоги, беспокойства в периоды, когда их ребенок перестает потреблять наркотики, у многих тревога уменьшается после срыва ремиссии.
- 38 % признают, что принимали все меры, чтобы «выгородить своих детей при попадании их в милицию за изготовление и распространение наркотиков.
- У 100 % опрошенных выявлены жалобы на раздражительность, тревогу, снижение настроения, нарушения сна т. п.
- У 68 % выявлены психосоматические заболевания (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхосоматический синдром, спазматический колит и т. п.).

Практически во всех семьях, где есть лица с зависимостью от ПАВ появляются проблемы и осложнения у их ближайшего окружения, которые и являются созависимыми, то есть людьми нуждающимися в профессиональной психокоррекционной помощи.

2.3.1. Общие признаки зависимости и созависимости (Битти М.,1997)

Признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознания предметом пристрастия	Мысль об алкоголе, наркотиках, азартных играх и т. д. доминирует в сознании	Мысль о близком человеке, страдающим зависимостью, преобладает в сознании
Утрата контроля	Над количеством алкоголя, наркотиков, проигранных денег и т. д., над ситуацией, над своей жизнью и т. п.	Над поведением больного и собственными чувствами, над своей жизнью и эмоциями, своим поведением
Различные формы Психологической защиты, рационализация Отрицание, проекция	«Я не мог отказать», «Они меня заставили», «В следующий раз не буду», «Скоро брошу» и т. д. «Я не наркоман», «Захочу брошу», «Я не алкоголик, я пью мало».	Кто же ему поможет, если не я?», «Он не наркоман, он только пробовал», «У него плохие друзья» «У меня нет проблем», «Проблемы у моего сына», «Проблемы у мужа», «Надо лечить их, а не меня», «А может, он не алкоголик?»
Агрессия	Физическая, словесная	Физическая, словесная
Преобладающие чувства	Душевная боль, вина, страх, стыд, ненависть в случае отказа	Душевная боль, вина, страх, стыд, злость и ярость
Рост (толерантности) переносимости и выносливости	Увеличивается переносимость все больших доз вещества (наркотики, алкоголь), возрастает азарт и проигрываемые суммы денег	Растет выносливость к эмоциональной боли

синдром похмелья (абстинентный синдром, ломка)	Для облечения состояния требуется новая, все большая доза вещества, к которому есть пристрастие	Порвав взаимоотношения с зависимым человеком, созависимые вступают в новые деструктивные (разрушающие) взаимоотношения
Опьянение, затуманенность сознания	Повторяющееся или постоянное состояние опьянения после употребления химического вещества	Повторяющиеся, вертящиеся в голове мысли, невозможность трезво мыслить
Психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Параллельная зависимость от других веществ и поведения	Зависимость от алкоголя, наркотиков может сочетаться с транквилизаторами, азартными играми, экстремальными поступками (имеются в виду экстремальные виды развлечений и спорта)	Кроме зависимости от жизни больного, зависимость табачная, зависимость от транквилизаторов, алкоголя и т. д.
Отношение к лечению	Отказ от помощи, отсутствие веры в выздоровление	Отказ от помощи, отсутствие веры в лечение
Отношения с людьми	Отчужденность, замкнутость, изоляция	Отчужденность, замкнутость, изоляция
Моральные принципы	Ложь, обман	Самообман, ложь
Родительская семья	Обиды на родителей и других членов семьи, необоснованные требования, ссоры, скандалы	Обиды на членов семьи, возможно и на своих родителей, необоснованные требования, скандалы
Эмоциональные реакции	Потеря контроля над эмоциями, неадекватность проявления эмоций к происходящим событиям, действия во вред себе	Потеря контроля над эмоциями, неадекватность проявления эмоций к происходящим событиям, действия во вред себе

Условия выздоровления	Отказ от химического вещества или других пристрастий, знание признаков болезни и ее течения, длительная реабилитация.	Отстранение от зависимого человека, с которым имеются длительные отношения, знание признаков болезни созависимости и ее течения, длительная реабилитация
Программы выздоровления	Индивидуальная и групповая психотерапия, программа 12 шагов и др., семейная, супружеская психотерапия	Индивидуальная и групповая психотерапия, программа 12 шагов для родственников наркоманов Ал-Анон и др., семейная, супружеская психотерапия

2.3.2. Течение созависимости (Москаленко В. Д., 2000)

Фаза озабоченности

- Тревога за близкого, больного зависимостью. Периодическое появление токсических эмоций (ТЭ).

- Токсические эмоции (ТЭ) — это чувства вины, стыда, обиды, жалости к себе, беспокойства и гнева. Эти эмоции становятся механизмом защиты для человека, страдающего созависимостью. Токсические эмоции для созависимого — это все равно, что алкоголь для алкоголика.

- Отрицание проблемы. Часто использование ТЭ.
- Повышенная переносимость отрицательного поведения больного и ТЭ (рост толерантности).
- Трудности концентрации внимания.

Фаза самозащиты

- Трансформация различных эмоций в негативные и в то же отрицание ТЭ.
- Все внимание поглощено больным членом семьи.
- Защита больного.
- Высокая терпимость к неподобающему поведению больного.
- Чувство ответственности за все семейные проблемы.
- Повторяющиеся трудности концентрации внимания.
- Утрата контроля над своей жизнью и над жизнью больного.

Фаза адаптации

- Чувство вины и стыда.
- «Идеальное» поведение.
- Выраженный гнев.
- Увеличение потребления спиртного (наркотика) больным.
- Угрызения совести и стресс.
- Приспосабливание к житейским неудобствам.
- Все действия сконцентрированы на больном.

- Стремление изолировать больного и/или чрезмерно опекать.
- Выраженная жалость к себе.
- Все — для других, ничего — для себя.
- Непереносимое чувство обиды.
- Рассеянность.
- Распад семьи.
- Обращение за медицинской или психологической помощью.
- Чувство собственного поражения
- Критически низкая самооценка
- Босконтрольное прибегание к ТЭ

Фаза истощения

- Обоснование использования ТЭ.
- Полная утрата чувства собственного достоинства.
- Потеря терпимости к больному.
- духовная деградация.
- Страхи.
- Выраженная тревога, депрессия.
- Все обоснования целесообразности своего поведения оказываются несостоятельными.
- Преодоление созависимости.
- Глубокий кризис.

Процесс выздоровления может иметь следующие этапы:

- Прекращается прибегание к ТЭ.
- Выздоровление становится первоочередной задачей.
- Эмоциональное отдаление от больного (отстранение).
- Возвращение физического, духовного и эмоционального здоровья.
- Желание продолжать психотерапию, заботиться о себе, удовлетворять свои потребности. Восстановление здоровых взаимоотношений с больным членом.

Коммуникативный блок включает

получение навыков общения, через осознание привычных способов коммуникаций. Условно можно выделить два этапа работы:

— **осознавание своего «Я».**

На этом уровне клиенты изучают свою реакцию на прикосновения, ощущения в теле (зоны гиперстезии, гипостезии, анестезии). Исследование паттернов движений (ограниченность, скованность, ритм, скорость); паттернов распределения мышечного напряжения (блокированные части тела); паттернов дыхания (глубину, частоту, ритм, скорость). На этом этапе происходит обучение по распознаванию и осознанию своих чувств, умению их выражать (вербальная репрезентация, мимическая, посредством интонации и позы). Клиенты так же учатся основным речевым правилам: активному слушанию, обобщению, пониманию, что говорят, когда говорят и т. д.

— **работа с проблемой «Я-ТЫ».**

Изучение границ своего «Я» (жесткость, пластичность, проницаемость) и что происходит когда ее нет; изучение особенностей паттерна взаимодействия с другими.

Личностный блок

в этом блоке проводится работа с личностными проблемами: страхами, повышенной тревожностью, чувством одиночества, стыда, вины, раздражительностью, хронической усталостью, апатией, скукой, и т. д.

Акцент ставится на проживании этих чувств с их отреагированием.

2.3.3. Основные принципы психокоррекции

Тренинговое пространство при психокоррекции созависимых организуется введением трех принципов, определяющих отношения участников тренинга, а именно:

- *осознанность*. Этот принцип направлен против автоматизмов обыденной жизни и помогает направить внимание на внутреннюю психическую реальность.
- *своевременность*. Проживание в том, что происходит сейчас.
- *ответственность*. Отсутствие виновных, человек ответственен за свои чувства, мысли, ощущения и желания.

Все три принципа, организующие тренинговое пространство, взаимосвязаны и взаимообусловлены. *Человек не может быть ответственным за свое состояние, если он не осознает его, а если он его осознает, то он находится в настоящем.*

Правила, по которым организовано тренинговое пространство и ответственность участников за выполнение этих правил способствуют изменению привычных паттернов отношений. Усиливает изменение отношений и тот факт, что взаимодействие происходит со «значимыми другими». Значимыми друг для друга участники становятся по следующим причинам:

- их объединяет одна проблема (созависимость);
- совместное пребывание на ограниченной территории в течение длительного времени с частичной социальной депривацией;
- максимально возможный по степени открытости социально-психологический контакт;
- разрешается и даже поощряется выражение чувств, не разделяя их на хорошие и плохие;
- большой перевес во взаимодействии приходится на уровень ощущений и чувств, в противоположность оценкам и интерпретации;
- необязательность соблюдения многих социальных ограничений (нецензурные слова, крики, рыдания, деритуализация и т. д.).

Таким образом, создается искусственная социально-психологическая среда, которая позволяет реконструировать систему отождествлений «Я», а так же формировать новые навыки, новые функции привычных отождествлений.

Семью можно рассматривать как динамическую систему, в которой все ее части взаимосвязаны и взаимообусловлены. В связи с этим изменение паттерна отношений даже одного члена семьи, с неизбежностью будут изменять всю систему, делая ее более сбалансированной.

В приложении 4 представлена примерная структура занятий по отдельным блокам социально-психологической коррекции лиц с признаками созависимости.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

Раздел 1. Реабилитационно — профилактическая помощь лицам с расстройствами адаптации и наркологической патологией

1. В ФОРМИРОВАНИИ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ УЧАСТВУЮТ

- 1) медико-биологические факторы
- 2) психологические (личностные)
- 3) социальные (личностно-средовые)
- 4) психотравмирующие условия социальной изоляции
- 5) все перечисленные

2. ПРОГРАММА РПП ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ ОСНОВАНА НА

- 1) индивидуальной и групповой психотерапией
- 2) нетрадиционные методы коррекции
- 3) обучении навыкам жизненной адаптации
- 4) продолжении образования
- 5) умении контролировать употребление ПАВ

3. ПРИНЦИПЫ РПП

- 1) принудительное участие в реабилитации
- 2) прекращение приема ПАВ
- 3) доверительность, партнерство и ответственность
- 4) системность реабилитационных мероприятий
- 5) этапность РПП

4. НАПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

- 1) организация реабилитационно-профилактической среды
- 2) психотерапевтический комплекс
- 3) социально-терапевтический комплекс
- 4) психопрофилактический комплекс
- 5) спортивно-оздоровительный комплекс

5. ПРОФИЛАКТИКА, НАПРАВЛЕННАЯ НА «ГРУППЫ РИСКА», ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) первичной
- 2) вторичной
- 3) третичной
- 4) четвертичной
- 5) все перечисленные

6. ЭТАПЫ РПП

- 1) адаптационный
- 2) интеграционный
- 3) развернутый
- 4) завершающий

5) все перечисленные

7. БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

- 1) Инсулинотерапи
- 2) Электросудорожная терапии
- 3) Оксигенобаротерапия
- 4) психотерапия
- 5) психохирургия

8. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) поддерживающая
- 2) деловая
- 3) поведенческая
- 4) психоанализ индивидуальный
- 5) аналитически ориентированная

9. ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ – ЭТО

- 1) лечение в состоянии гипнотического сна
- 2) лечение словесными внушениями
- 3) аутогенная тренировка
- 4) прием опосредованной терапии
- 5) условнорефлекторная терапия

Раздел 2. Программа социально-психологической коррекции созависимых

1. СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ СОЦИАЛЬНО — ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СОЗАВИСИМЫХ

- 1) Информационный блок
- 2) Терапевтический
- 3) Коммуникативный
- 4) Личностный
- 5) Все перечисленные

2. ПРИЗНАКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЕМЬИ

- 1) уникальная ценность каждого члена семьи
- 2) навязываемость ролевых функций
- 3) гибкость семейных правил
- 4) на ошибках учатся
- 5) в семье нет места развлечениям

3. ПРИЗНАКИ ДИСУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЕМЬИ

- 1) замороженность правил и ролей
- 2) вакуум интимности
- 3) доброжелательность во взаимоотношениях
- 4) отрицание проблем
- 5) склонность к полярности чувств и суждений

4. СТИЛИ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 1) авторитарный

- 2) демократический
- 3) либеральный
- 4) безразличный
- 5) анархический

5. ДИНАМИКА СЕМЕЙНОТНОШЕНИЙ

- 1) фаза — аффективно-шоковая
- 2) фаза родительского гиперконтроля
- 3) фаза оппозиционного противостояния
- 4) фаза поляризации конфликтных отношений и нарастания безразличия к исходу
- 5) фаза удовлетворения

6. ПРИЗНАКИ СОЗАВИСИМОСТИ

- 1) охваченность сознания о близком человеке
- 2) утрата контроля над поведением больного и собственными
- 3) агрессия
- 4) деструктивные взаимоотношения с зависимым
- 5) все перечисленные

7. ТЕЧЕНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ

- 1) Фаза озабоченности
- 2) фаза самозащиты
- 3) фаза истощения
- 4) фаза адаптации
- 5) фаза примирения

8. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

- 1) бессознательность
- 2) осознанность
- 3) своевременность
- 4) ответственность
- 5) отсроченность

Ключи к тестовым заданиям для самоконтроля

	Раздел 1								
№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ответ	5	1-4	2-5	1-5	2	1,2,4	1,2,3,5	1, – 3,5	1

	Раздел 2							
№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8
Ответ	1,3,4	1,3,4	1,2,4,5	1,3-5	1-4	5	1,4	2-4

Характеристика уровней реабилитационного потенциала (из приказа МЗ РФ от 22 октября 2003г. № 500)

1. Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- относительно поздним началом употребления наркотиков (в 18-20 лет), непродолжительностью заболевания (до 1 года);
- преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- мононаркоманией;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней); постабстинентные расстройства не выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- отсутствием стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления психоактивных веществ: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, есть обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т. е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т. д.

2. Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- началом употребления наркотиков с 16-17 лет, продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;
- преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Опийный (героиновый) наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства — до 1,5-2 месяцев);
- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов; утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- морально-этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.); вместе с тем, они стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков;
- снижением контроля за своими эмоциями, склонностью к разрушительным действиям; стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями «начать действовать», «прекратить фантазировать».

У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и болезненная зависимость. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: примерно у двух третей из них выявляются гепатиты, у каждого четвертого больного — заболевания, передаю-

щиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений у трети больных отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно- принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

У большинства больных формируется социофобический синдром включающий: а) страх подвергнуться критике, обсуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации.

3. Низкий уровень реабилитационного потенциала.

Характерным является:

- высокий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра), воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье, злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей или гиперопекой родителей (или разведенной матери);
- задержка или патология физического и, особенно, психического развития; инфантилизм, невротическое развитие, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- как правило, посредственная успеваемость в школе (особенно в средних и старших классах);
- обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков;
- круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый;
- раннее употребление алкоголя с 11-12 лет, злоупотребления психоактивными веществами с 12-15 лет;
- продолжительность заболевания наркоманией более 3 лет, способ ведения наркотика преимущественно внутривенный, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, траквилизаторы и пр.);
- конечная (третья) стадия зависимости по МКБ –10;
- вид влечения к наркотикам — постоянный;
- наркотический абстинентный синдром (опиатный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9-12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств до 2-3 месяцев;

- передозировки психоактивными веществами (очень часто), суицидальные мысли и действия (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют;
- отсутствие собственной супружеской семьи; семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- образование чаще среднее, редко — незаконченное среднетехническое или высшее; как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены;
- круг социальных интересов в основном низкий;
- у половины больных имеется судимость, четко связанная с употреблением наркотиков;
- выраженная морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих; торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках;
- грубые эмоциональные нарушения с преобладанием подавленного настроения, ипохондричности, аффективной неустойчивостью и депрессиями, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

У подавляющего большинства больных диагностируют гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, у каждого десятого больного — туберкулез или ВИЧ-инфекции, в половине случаев — злоупотребление психоактивными веществами сочетается с употреблением алкоголя, нередко (в каждом третьем случае) наблюдается болезненная зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания. Как правило, эти больные не верят в возможность выздоровления и нормализацию социального положения. Поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, получить «поддержку», выгоду и прочее.

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией

Основные составляющие реабилитационного потенциала:

		Баллы
I БЛОК – ПРЕМОРБИД		
1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):	Не отягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	5 -2 -2
2. Наследственность по восходящей линии:	Не отягощена Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	3 -1 -1
3. Условия воспитания:	В полной семье Только матерью Только отцом У родственников В приемной семье В детском доме	5 2 2 1 -1 -2
4. Материальное положение семьи:	Хорошее Среднее Плохое	4 3 1
5. Отношения между родителями:	Ровные (хорошие, удовлетворительные) Неровные (периодически конфликтные) Постоянно конфликтные	4 2 -1
6. Физическое развитие:	Норма Задержка Патология	5 3 -1
7. Степень тяжести соматических заболеваний:	Легкая Средняя Тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	4 2 -1
8. Психическое развитие:	Норма Задержка Патология	5 3 -1

9. Психические девиации:	Отсутствуют	4
	Акцентуация	0
	Невротическая личность	-1
	Психопатия	-2
10. Особенности поведения:	Норма	5
	Девиантность	0
	Делинквентность	-1
11. Закончил до начала злоупотребления наркотиками:	ВУЗ	5
	Среднюю школу	4
	Неполное среднее	3
	7-8 классов	2
	5-6 классов	1
	4 и менее классов	-1
12. Успеваемость в школе:	Отлично и хорошо	5
	Хорошо	4
	Посредственно	3
	Неудовлетворительно	-1
13. Степень устойчивости интересов и увлечений:	Устойчивые	4
	Без особенностей	3
	Не устойчивые	1
14. Отношение к труду:	Позитивное	4
	Неустойчивое	2
	Негативное	-1
15. Наличие профессии:	Имеет	4
	Частично приобретена	2
	Не имеет	-1
16. Антисоциальные поступки:	Не было	4
	Были	-1
17. Сексуальная сфера:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция	-1
	Фригидность	-1
	Перверсии	-2
18. Употребление алкоголя:	Единичные случаи	4
	Умеренное	3
	Часто (1-2 раза в неделю)	0
	Зависимость	-1
II БЛОК – КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
1. Возраст начала злоупотребления ПАВ:	20 лет и старше	4
	18-19 лет	3
	16-17 лет	1
	12-15 лет	-1

2. Продолжительность заболевания:	До 6 месяцев	5
	До 1 года	4
	От 1 до 3 лет	0
	Более 3 лет	-1
3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ-10):	Начальная (первая) стадия зависимости	-1
	Средняя (вторая) стадия зависимости	-2
	Конечная (третья) стадия зависимости	-3
4. Способ введения наркотика:	Интраназально, курит, орально	-1
	Внутримышечное или подкожное	-2
	Внутривенно	-3
5. Параллельное злоупотребление ПАВ:	Практически отсутствует	4
	Каннабиноидами (гашиш и пр.)	0
	Психостимуляторами	-1
	Галлюциогенами	-1
	Транквилизаторами	-1
6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации):	Не выражено	2
	Периодический навязчивый	-1
	Периодический компульсивный	-2
	постоянный	-3
7. Степень выраженности синдрома отмены (НАС):	Легкая	0
	Средняя	-1
	Тяжелая	-2
8. Передозировка психоактивными веществами:	Не было	4
	Однократно	-1
	Множественно	-2
9. Суицидные тенденции:	Отсутствуют	4
	Мысли	-1
	Действия	-2
10. Суицидальные тенденции проявляются:	В состоянии наркоманического абстинентного синдрома	-1
	В опьянении	-2
	В ремиссии	-3
11. Ремиссии:	Спонтанные	4
	Терапевтические	3
	Вынужденные	1
	Отсутствуют	-3
12. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления психоактивными веществами:	Отсутствуют	4
	Ч/м травма	0
	Сифилис	-1
	Гепатит	-1

	Прочее	-1
	ВИЧ-инфекция	-3
13. Злоупотребление алкоголя в период заболевания наркоманией:	Умеренное	4
	Бытовое злоупотребление	1
	Болезненная зависимость	-2
	Комбинирует с наркотиками	-2
14. Приобретенные психопатологические нарушения:	Отсутствуют	4
	Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	-1
	Астенический (неврастенический) синдром	-1
	Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2
15. Сексуальность:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция (фригидность)	-1
	Перверсии	-2
16. Сексуальная жизнь:	Регулярно	4
	Редко	2
	Отсутствует	-1
17. Критика к заболеванию наркоманией:	Сохранена	4
	Частично сохранена	2
	Отсутствует	-1
18. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе:	Добровольное	4
	Добровольно-принудительное	0
	Недобровольное	-3
19. Мотивы добровольного согласия:	Мотивы роста	3
	Мотивы прагматические	1
III БЛОК – ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ		
1. Семейный статус:	Женат/замужем	3
	Сожительство (постоянное)	2
	Не женат/ не замужем	1
2. Живет:	В семье родителей	3
	В семье жены (мужа)	2
	В своей семье	1
	Один	-1
3. Жена /муж, сожитель/сожительница	Не употребляет наркотики	4
	Болен (а) наркоманией (ремиссия)	-1
	Употребляет наркотики	-3

4. Семейные отношения	Нормализованы	4
	Умеренно конфликтные (напряженные)	1
	Средне конфликтные	-1
	Крайне конфликтные	-2
5. Образование:	Высшее	5
	Незаконченное высшее	4
	Среднее техническое	3
	Среднее	2
	Незаконченное среднее	1
	Начальное	-1
6. Трудовой статус:	Работает или учится	4
	В академическом отпуске	0
	Не учится и не работает	-3
7. Судимость, правонарушение:	Отсутствует	4
	Привлекался к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовой учреждение)	-1
	Был осужден 1 раз	-2
	Был осужден 2 и более раз	-3
8. Круг социальных интересов:	Высокий (разнообразный)	4
	Средний (однообразный)	2
	Низкий	0
9. Отношение родственников к употреблению психоактивными веществами:	Активное противодействие	4
	Неодобрительное	2
	Индифферентное	0
10. Профессиональные навыки и интересы:	Сохранены	4
	Частично утрачены	1
	Утрачены	-1
11. Отношение к работе и учебе:	Творческое	4
	Активное	3
	Безразлично-пассивное	-1
	Негативное	-2

VI БЛОК-ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

(приобретенные в процессе заболевания)

1. Морально-этические нарушения Практически отсутствуют Легкие (частичное снижение нормативной ценной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.) Средние (значительные нарушения нормативной ценной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность,	4
	-1
	-2

<p>нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, ренитность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.) Тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и принятие ее идеологии и пр.)</p>		-3
<p>2. Интеллектуально-мнестические нарушения</p> <p>Практически отсутствуют</p> <p>Легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрация внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.)</p> <p>Средние (явные расстройства памяти, концентрация внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др. и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышена или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.)</p> <p>Тяжелые (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.)</p>		<p>4</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
<p>3. Эмоциональные нарушения</p> <p>Практически отсутствуют</p> <p>Легкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.)</p> <p>Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.)</p> <p>Тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное отупление, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)</p>		<p>4</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
4. Социофобия:	Отсутствует	4
	Выражена	-1

5. Деградация личности:		
Отсутствует		4
Легкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости начальной (первой) стадии)		-1
Средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии)		-2
Тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)		-3
ДИАГНОЗ:	Мононаркомания	-1
	Полинаркомания	-2
	Наркомания + алкоголизм	-2
	Наркомания + психические заболевания	-2

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбида, физического, психологического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). Для удобства фиксации результатов опроса прилагается специальная карта полностью соответствующая информационным данным опросника обследования. В результате опроса больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем набирают 83 балла (± 6) при «идеале» 110 баллов, со средним уровнем реабилитационного потенциала – 62 (± 10), с низким уровнем реабилитационного потенциала – 45 баллов (± 10). Это сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

**Карта определения уровня реабилитационного
Потенциала больных наркоманией**

Ф. И. О.

Год рождения: _____ Дата заполнения:

I БЛОК

1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8. 9.
10. 11. 12. 13.
14. 15. 16. 17. 18.

II БЛОК

1. 2. 3. 4. 5.
6. 7. 8. 9. 10.
11. 12. 13. 14.
15. 16. 17. 18. 19.

III БЛОК

1. 2. 3. 4. 5.
6. 7. 8. 9. 10. 11.

IV БЛОК

1. 2. 3. 4. 5.

Диагноз обследования:

ИТОГО: _____ Уровень реабилитационного потенциала

Врач

Примерная структура занятий (информационный блок)

1 занятие

- Приветствие, знакомство с участниками группы, создание безопасной атмосферы и настрой на продуктивную деятельность. (20-25 мин).

Самоопределение участников (с чем пришли на группу, как себя сейчас ощущают), формирование заказа, определение темы работы. (20-25 мин).

- Информационная часть: *«Особенности кризисных периодов развития личности»* (45-60 мин).

Обсуждение и анализ материала (20-25 мин)

- Завершение занятия, получение домашнего задания «самоотчет»

Цель «самоотчета»: формирование навыка самоосознавания по всем модальностям опыта, понимание своих переживаний и психических состояний.

Общее время (2-2,5 часа).

2 занятие

- Приветствие, анализ домашнего задания (15-20 мин)
- Разминка. *Упражнение «СТРЯХНИ КАПЛИ», «НАСОС И НАДУВНАЯ КУКЛА»* (15-20 мин)

Цель: снятие напряжения, расслабление; обучение балансу напряжения\расслабления.

- Работа по теме: *лекционная часть «Психология развития личности»* (45-50 мин)

Обсуждение и анализ материала (20-25 мин)

- Завершение занятия, получение домашнего задания «самоотчет».

3 занятие

- Приветствие, анализ домашнего задания (20-25 мин)
- Разминка-разогрев. *Упражнение «ДИАЛОГ СКУЛЬПТУР», «ГРУППОВАЯ СКУЛЬПТУРА»* (20-25 мин).

Цель: групповое взаимодействие, отреагирование внутригрупповых отношений, объединение группы.

- **Работа по теме:** *лекционная часть «Формы психологического общения между людьми. Варианты: симбиоз, сопрофитирование, паразитирование, психологический вампиризм»* (45-50 мин).

Обсуждение и анализ материала (20-25 мин).

- Завершение занятия, получение домашнего задания «самоотчет».

Общее время 2-2,5 часа.

4 занятие

- Приветствие, анализ домашнего задания (20-25 мин)
- Разминка: *Упражнение «РАЗГОВОР»* (15-20 мин)

Цель: развитие коммуникативных навыков, исследование и коррекция социальных ролей и привычных форм поведения.

- **Работа по теме:** *информационная часть «Психологическое айкидо. Принципы психологической амортизации»* (45-50 мин).

Обсуждение и анализ материала (20-25 мин).

- Завершение занятия, получение домашнего задания «самоотчет».

Общее время 2-2,5 часа.

5 занятие

- Приветствие, анализ домашнего задания (20-25 мин).
- Разминка: *Упражнение «ВСТРЕЧИ И РАССТАВАНИЯ»* (10-15 мин)

Упражнение «МУЗЫКАНТ И МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ» (15-30 мин).

Цель: осознание чувств и стратегий поведения на разных стадиях взаимоотношений; обучение умению чувствовать партнера, диагностика межличностных отношений.

- **Работа по теме:** *информационная часть «Общение. Структурный и транзактный анализ»* (45-50 мин)

Обсуждение и анализ материала, практические упражнения по выявлению механизма конфликта и применению методов психологической амортизации (30-40 мин).

- Завершение занятия, получение домашнего задания «самоотчет».

Общее время 2-2,5 часа.

Примерная структура занятий (коммуникативный блок)

1 занятие

- Приветствие, настройка на процесс. *Коммуникативная игра «КАТАСТРОФА В ПУСТЫНЕ»* (1-1,5 часа)

Цель: отработка навыков поведения в дискуссии, умение отстаивать свою точку зрения, амортизировать в конфликтных ситуациях, осознание своих привычных способов коммуникаций.

- **Работа по теме:** *упражнение «ТЕАТР ПРИКОСНОВЕНИЙ»* (30-40 мин)

Цель: осознание своего «Я»; изучение реакций на прикосновения, ощущения в теле (исследование зон тела на предмет гиперстезии, гипостезии, анестезии).

- Обсуждение процесса, завершение работы (20-30 мин).

Общее время 2,5 часа.

2 занятие

- Приветствие, разминка. *Упражнения «ЦЕНТРАЛЬНАЯ СИММЕТРИЯ»* (7-10 мин на человека), *«ДОПОЗВОНОЧНЫЕ ДВИЖЕНИЯ»* (10-15 мин)

Цель: увеличение телесной чувствительности, изменение образа тела, расширение двигательного репертуара.

- **Работа по теме.** *Упражнение «РАЗГОВОР ПО ДУШАМ»* (30-40 мин)

Цель: развитие эмпатии.

- Обсуждение процесса, завершение работы (20-30 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

3 занятие

- Приветствие, разминка. *Упражнения «ДВИЖЕНИЯ МЛАДЕНЦА»* (15-30 мин), *«ОРАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН»* (10-15 мин)

Цель: исследование паттернов движения (ограниченность, скованность, ритм, скорость), увеличение телесной чувствительности.

- **Работа по теме.** *Упражнение «BODY JAZZ В ПАРАХ»* (30-40 мин)

Цель: развитие навыка осознания тела в движении; установление контакта с другими участниками группы; увеличение вербальности в проявлениях и взаимодействиях; отреагирование.

Интеграция опыта. *Упражнение «СПОНТАННЫЙ РИСУНОК В ПАРАХ»* (20-30 мин).

- Обсуждение процесса, завершение занятия (20-30 мин).

Общее время 1.5-2 часа.

4 занятие

- Приветствие, разминка. *Упражнение «КЛЕТОЧНОЕ ДЫХАНИЕ»* (15-20 мин).

Цель: исследование паттернов дыхания (частота, глубина, ритм, скорость); увеличение телесной чувствительности, изменение образа тела.

- **Работа по теме.** *Процессуальная техника «КОНТИНУУМ»* (45-120 мин).

Цель: исследование паттернов дыхания, движения. Обретение ресурсных состояний, ИСС.

Интеграция полученного опыта. *Групповой рисунок «ТРАВА И ВОДА»* (20-30 мин)

- Обсуждение процесса, завершение занятия. (15-20 мин)

Общее время 2-2,5 часа.

5 занятие

- Приветствие, разминка. Настройка на процесс. *Техника направленной визуализации «СУДНО, НА КОТОРОМ И ПЛЫВУ»* (20-25 мин)

Цель: диагностика состояния (физического и душевного), представления о самом себе, образе жизни и способах преодоления трудностей.

- **Работа по теме.** *Контекстуальная техника «ТАНЕЦ ИМЕНИ»* (1-1,5 часа)

Цель: диагностика и коррекция отношения к себе, осознание и принятие своего «Я».

Интеграция опыта. *Техника «СПОНТАННЫЙ РИСУНОК»* (20-25 мин).

- Обсуждение процесса, завершение занятия (20-25 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

Примерная структура занятий (личный блок)

1 занятие

- Приветствие, разминка. Упражнения «ПОДСТРЕЛИ ДРУГА» (10-15 мин), «ПУТЬ ПАДЕНИЙ» (10-15 мин)

Цель: работа со «страхом жизненных падений» через игру; расширение двигательного репертуара.

- **Работа по теме.** Техника «КОЛЛАЖ ЖИЗНИ» (1,5-2 часа).

Цель: анализ своего биографического опыта и системы отношений (включая и отношение к самому себе), рефлексия и самопознание.

- Обсуждение процесса, завершение работы (20-30 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

2 занятие

- Приветствие, разминка. Упражнение «ОПОРА И ПОДДЕРЖКА» (20-40 мин)

Цель: использование естественной структуры тела для обретения больших возможностей.

- Настройка на процесс. Визуализация-медитация «ТРИ ПЛАНЕТЫ» (20-30 мин).

Цель: работа с личностными проблемами: одиночеством, страхом, тревожностью, апатией, скукой.

- **Работа по теме.** Контекстуальная техника «ТАНЕЦ С ТЕМНОТОЙ» (45-60 мин).

Цель: проживание и отреагирование негативных чувств; работа со «страхами жизненных падений»; обретение баланса.

- Обсуждение процесса, завершение занятия (25-30 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

3 занятие

- Приветствие, разминка. Упражнение «СИАМСКИЕ БЛИЗНЕЦЫ» (15-30 мин)

Цель: тренировка навыков взаимодействия и взаимозависимости в едином взаимодействии.

- Настройка на процесс. Техника направленной визуализации «ВОСПОМИНАНИЯ» (20-30 мин).

Цель: вскрыть содержание (опыт личной биографии), которое лежит в основе негативных переживаний; самопознание и саморефлексия.

- **Работа по теме.** Техника «ГРАНИ МОЕГО Я» (1-1,5 часа)

Цель: рефлексия индивидуальных потребностей и чувств.

- Обсуждение работы, завершение занятия (20-30 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

4 занятие

- Приветствие, разминка. Упражнение «ТРЯСКА-РАСТЯЖКА» (15-20 мин).

Цель: разогрев, снятие мышечных зажимов, напряжения.

- Настройка на процесс. *Техника направленной визуализации «ОСТРОВ ЛЮБВИ И ОСТРОВ ОДИНОЧЕСТВА»* (20-25 мин).

Цель: анализ биографического материала, осознание и принятие жизненного опыта, обретение ресурсного состояния.

- **Работа по теме:** *процессуальная техника «МОЙ ПУТЬ»* (1,5-2 часа)

Цель: осознание и принятие опыта; высвобождение жизненной энергии.

- Обсуждение процесса, завершение занятия (20-25 мин).

Общее время 2,5-3 часа.

5 занятие

- Приветствие,
- Настройка на процесс. *Медитация — визуализация «ДЫХАНИЕ ЗЕМЛИ»*(15-20 мин).

Цель: глубокая релаксация, получение ресурсного состояния.

- **Работа по теме.** *Контекстуальный процесс «ЧЕТЫРЕ СТИХИИ»* (до 2 часов).

Цель: достижение ресурсных состояний.

- Обсуждение процесса, завершение занятия (20-25 мин).

Общее время 2-2,5 часа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кривулин Е. Н. Реабилитация детей и подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами (программа, структура программной работы)/ под общей ред. Н. Е. Буториной. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2004. – 58 с.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П. Проблема реабилитации в контексте клинико-патогенетической гетерогенности аддиктивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2002. — № 1(23), С. 15-22.
3. Кривулин Е. Н. Реабилитация детей и подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами (программа, структура программной работы) / Под общей ред. Н. Е. Буториной. — Челябинск, 2004. — 58 с.
4. Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Под ред. докт. мед. наук Н. А. Бохана, докт. мед. наук Н. Е. Буториной, докт. мед. наук Е. Н. Кривулина. — Челябинск: Изд-во ПИРС, 2009. — 230 с.
5. Кривулин Е. Н. Роль психотравмирующих средовых факторов в формировании депрессивных реакций у подростков при пенитенциарной дезадаптации// Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2005г. № 3(37). – С. 23-26
6. Бохан Н. А., Буторина Н. Е., Кривулин Е. Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростка / Н. — Челябинск, 2006. С. 23 – 216.
7. Кривулин Е. Н. Клиническая типология и динамика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков (факторы риска, психическая и наркологическая коморбидность, профилактика). // Автореф. дисс... докт. мед. наук – Челябинск – Томск, 2005. – 79 с.
8. Кривулин Е. Н., Бохан Н. А. Распространенность психических и поведенческих расстройств среди подростков пенитенциарного учреждения// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 107-109.
9. Кривулин Е. Н., Шпаков А. В., Голодный С. В. Позитивная наркопрофилактика среди детей и молодежи // Наркология, — № 7, 2008 – С.21 – 22.
10. Кривулин Е. Н., Бецков А. С., Охтяркин Е. В. Социально-психологические характеристики лиц молодого возраста, находящихся в условиях социальной изоляции с наркологической патологией и аутоагрессивным поведением// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 5. — С. 53-55
11. Макушкин Е. В., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Трифонов О. И. Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным. Пособие для врачей. – М.: Медицинское управление ГУИН Минюста России, ГНЦССП им. В. П. Сербского, 2004. – 60 с.
12. Семке, В. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 1. – 576 с.

13. Семке, В. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / В. Я. Семке, С. И. Гусев, Г. Я. Снигирева / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – М.; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 2. – 544 с.
14. Агаларзаде А. З., Дианов Д. А. Распространенность психической патологии среди осужденных с учетом этнокультурного состава тюремной популяции (по данным зарубежной лит.) // Росс. психиатр. журн. -1997. — № 5. — С. 24-27.
15. Агаларзаде А. З. Ганопольский А. М. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы (аналитическая справка). – М., 2000. – 19 с.
16. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М., 1976. — С. 98-127.
17. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях. – М: Медицина, 1991. – 96 с.
18. Антонян Ю. М., Гульдан А. В. Криминальная патопсихология. — М.: Наука, 1991. – 191 с.
19. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступное поведение и психические аномалии / Под ред. акад. В. Н. Кудрявцева. — М.: Изд. «Спартак», 1998. – 214с.
20. Семке В. Я. К проблеме систематики пограничных состояний //Журн. невропатол. и психиатр. — 1987. — № 1. — С. 1673-1679.
21. Семке В. Я. Основы персонологии. — М.: Академический проспект, 2001. — 476 с.
22. Семке В. Я. Систематика и типология донозологических состояний в психиатрии //Новые формы организации психиатрической помощи и сервиса. – Томск, Барнаул, 2001. б. – С. 139-141.
23. Семке В. Я. Психогении современного общества. – Томск: Изд-во Том. унта, 2003. — 408 с.
24. Семке В. Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. — № 3(33). – С. 7-13.
25. Голодный С. В. Клиническая типология и профилактика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков с резидуально-органическим психосиндромом и коморбидной опишной зависимостью // Автореф. дисс... канд. мед. наук – Челябинск – Томск, 2010. – 30 с.
26. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М., 1980. – 242 с.
27. Гусев С. И., Снигирева Г. Я., Трифонов О. И. Практические вопросы клиники, диагностики алкогольного и наркотического опьянения у заключенных // Медицина в Кузбасе. – 2006. — № 4. – С. 181 -182.
28. Гусев С. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Каган Е. С. Модель прогноза ремиссии наркотической зависимости в условиях пенитенциарных учреждений.// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 5. — С. 48–52.

29. Битти М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости / Пер. с англ. — М.: Физкультура и спорт, 1997.
30. Фатахов Ф. З. и соавт. Психотерапевтическая реабилитационная программа для созависимых/ Методические рекомендации. — Казань, 2005. — 39 с.
31. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. — М., 2000.
32. Сатир В. Как строить себя и свою семью. — М., 1992.
33. Дмитриева Т. Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Российский психиатр. журнал. — 2001б. — Вып. 4. — С.23-26.
34. Кривулин Е. Н. Патология формирующейся личности у осужденных подростков с наличием или отсутствием зависимости от психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2004. — № 3 (33). — С. 65 — 68.
35. Надеждин, А. В. Наркологические заболевания и правонарушения у несовершеннолетних / А. В. Надеждин // Наркология. — 2003. — № 9. — С. 18—21.
36. Новиков Г. И. Психогенные реакции ситуации ожидания. — М.: Медицина, 1991. — 327с.
37. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. М.: Медпресс-информ. — 2003. — 327 с.
38. ЭйдемиллерЗ. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — С-ПБ., 1990.

Бохан Н. А., Кривулин Е. Н.

**РЕАБИЛИТАЦИОННО — ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ ОСУЖДЕННЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ
И АДДИКТИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В УСЛОВИЯХ
СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ**

Учебное пособие предназначено:

*для слушателей системы послевузовского и дополнительного
профессионального образования врачей по специальности
психиатрия, психиатрия-наркология, психотерапия*

Томск-Челябинск, 2013

Подписано в печать 28.03.2013 Формат 60x84 1/16. Отпечатано на «RISO»
Усл. печ. л. 4,25 Тираж 200 экз. Заказ .№ 517

Отпечатано с файла заказчика в типографии СтандАРТ
(ИП Ериклинцева Е.В.), св-во 002839968 ИМНС РФ
по Калининскому р-ну г. Челябинска,
454076, Челябинск, ул.Гоголя, 26,
т/ф. 268-78-64, E-mail: vvp74@list.ru