

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**УТВЕРЖДАЮ  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**В.И.Скворцова  
19 января 2009 год**

**ПРИНЦИПЫ РЕАЛИЗАЦИИ И АДАПТАЦИИ СЕМЕЙНЫХ  
АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ И ПУТИ ИХ МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Методические рекомендации**

**06/230/893**

Москва 2009 г.

## **Аннотация**

В методических рекомендациях предлагаются методы и технологии медико-психологической коррекции семейных антинаркотических стратегий. Показано, что проблема семейной дезадаптации и нарушения процесса семейной поддержки – социальный феномен современного общества. Его корни связаны с особенностью социально-экономической ситуации в России. Изложенный материал базируется на результатах анализа медико-психологических и психосоциальных подходов к профилактике рецидивов и осложнений у лиц молодого возраста, подверженных злоупотреблению наркотиками, и результатах психосоциальных технологий профилактики рецидивов на модели работы структур социальной помощи семье.

Проведена оценка эффективности программ профилактики рецидивов у лиц молодого возраста подверженных злоупотреблению психоактивными веществами. Наиболее важная технология - метод мотивационного консультирования описывается подробно в деталях.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, психологов и социальных работников.

**Работа выполнена в ФГУ ННЦ наркологии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации**

Авторы:

Н.А. Сирота – д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН, руководитель Отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ Отдела профилактических исследований;

Е.В.Борисова – к.б.н., руководитель Отделения организации и координации научных исследований в наркологии Научно-организационного отдела;

Т.В. Воробьева – к.м.н., доцент, с.н.с. Отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ Отдела профилактических исследований;

Г.К. Денисова – н.с. Отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ Отдела профилактических исследований;

Я.В. Колпаков – м.н.с. Отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ Отдела профилактических исследований.

## ВВЕДЕНИЕ

В ряде исследований были выявлены значимые факторы риска приобщения подростков к наркотикам, и факторы защиты, играющие существенную роль в противостоянии этому риску. Большое значение придается семейным факторам, факторам влияния средств массовой информации, факторам, связанным с влиянием сверстников.

К семейным факторам относятся структура семьи, семейные традиции, стиль общения в семье, дисциплина, родительский контроль, отношение семьи к приёму наркотиков, употребление наркотиков родителями. При этом ключевыми принципами, обязательное применение которых, обуславливает эффективность профилактического воздействия, являются следующие.

- 1) Всесторонность программ.
- 2) Участие родителей и/или значимых взрослых программе.
- 3) Тренинговая форма обучения.
- 4) Сотрудничество.
- 5) Культурная адекватность.
- 6) Оценка эффективности программ.
- 7) Основа – ценности.
- 8) Связь программы с обществом. Для того, что бы программы были

эффективны общество должно принимать и поддерживать их. Программы должны строиться с таким расчетом, чтобы объединить семью, образовательное учреждение и общество в едином стремлении передавать детям навыки эффективной коммуникации там, где они живут, учатся и работают.

Таким образом, антинаркотические стратегии медико-психологической коррекции семейных отношений могут быть направлены как на первичную, вторичную и на третичную профилактику.

Первичная (предупредительная) профилактика – имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди молодых людей воздерживающихся от употребления, а так же прекращения случайного и экспериментального употребления. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодёжи. Усилия первичной профилактики направлены на сохранение либо укрепление здоровья.

Вторичная (селективная) профилактика – избирательна, она ориентирована на лиц, имеющих регулярный опыт проблемного употребления ПАВ без сформировавшегося синдрома зависимости, при этом он у них имеет высокую вероятность возникнуть.

Третичная (модификационная) профилактика – является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на лиц со сформированным синдромом зависимостью от ПАВ, такая профилактика направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива. Здесь семья играет ключевую роль.

## **РАЗДЕЛ 1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕМЕЙНЫХ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ (ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ) ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ.**

Современная российская семья нуждается в укреплении внутрисемейных отношений, которые являются необходимым условием для выполнения ею своих задач по подготовке ребёнка к интеграции во взрослое общество. Развитие ребёнка опирается в значительной мере на семейные ресурсы, и именно семья должна обеспечить защиту подростка от негативных внешних влияний.

Сплоченность семьи, её крепкие внутренние связи и привязанности формируются и укрепляются постоянным и настойчивым семейным руководством со стороны родителей. Ссоры предупреждаются, а конфликты ослабляются, когда во взаимоотношениях родителей и детей последовательно реализуются три основных принципа семейного воспитания:

- 1) ребёнку обеспечивается возможность пользоваться любовью, поддержкой и заботой родителей;
- 2) ребёнка обучают навыкам конструктивного участия в семейной жизни: взаимодействию и взаимопомощи, самостоятельности и ответственности;
- 3) родители пользуются ясными методами поощрения и наказания за соблюдение или нарушение семейных порядков (правил) и установок (в том числе, относительно употребления ПАВ).

Одной из важнейших задач родителей является формирование и укрепление у ребёнка чувства собственной защищённости. Однако далеко не все семьи оказываются способными на это.

Социально-психологические исследования в различных регионах страны констатируют массовые серьёзные нарушения детско-родительских отношений. Воспитательные приоритеты, нормы и принципы размыты. Поведение родителей зачастую характеризуется непоследовательностью и противоречивостью. Со стороны матерей наблюдается снижение уровня позитивного интереса к детям на фоне высокой враждебности. Реальная помощь и забота со стороны матери замещается формально-директивным стилем воспитания. Со стороны отцов также наблюдается возрастание показателей враждебности. Они недостаточно участвуют в воспитательном процессе, и воспринимаются детьми как отстранённые, дистантные. Все это приводит к росту тревожности и неуверенности подростка в характере отношений к нему родителей.

Основной проблемой современной семьи является отстранённость родителей во взаимоотношениях с детьми. Стиль воспитания во многих семьях формально-директивный, налицо неумение значительной части родителей достигать своих целей или реализовывать свою

заинтересованность в детях адекватно, с уважением к личности ребёнка и его потребностям при сохранении мира в семье.

Анализ отечественной литературы по социальной работе с детьми из группы риска, проживающих в семьях малообеспеченных, многодетных, с безработными, больными или пьющим родителями, показывает, что внедряемые программы ориентированы только на ребёнка. Они игнорируют семью, как целостную социальную структуру, и никак не могут считаться программами помощи семье или её поддержки.

Можно усмотреть в этом отголоски прежней тенденции заместить семейное воспитание государственными или общественными суррогатами семьи. При этом семья рассматривается как виртуальный образ, который может обрести реальные очертания в перспективе, причем не в виде родительской семьи, а своей собственной. При этом, ведомство социальной защиты населения имеет дело преимущественно с родителями, оставившими своего ребенка без попечения и заботы. Оно вынуждено готовить подростка к жизни вне родительской семьи, поскольку сложившаяся система учреждений социальной защиты – это компенсирующая государственная структура: пособия – малообеспеченным, крыша – бездомным, забота – «социальным сиротам». Тем не менее, именно в учреждениях социального обслуживания семей с детьми в настоящее время накапливается опыт работы с ребёнком в семейном контексте, развиваются технологии воздействия на семью в целом.

Все вышеизложенное свидетельствует о насущной и актуальной необходимости разработки и апробации специальных технологий работы с лицами, злоупотребляющими ПАВ, в учреждениях социального обслуживания семьи и детей. Эти технологии работы должны базироваться на концептуально обоснованном подходе к профилактике злоупотребления ПАВ среди детей и подростков и реализоваться путём внедрения комплексных и дифференцированных профилактических реабилитационных программ.

Данные технологии включают развитие профилактического потенциала различных моделей семьи; формирование антинаркотической мотивации семьи и готовности к участию в профилактической работе; коррекция ошибочных стратегий воспитания в семье; формирование внутрисемейной атмосферы; создание семейной социально-поддерживающей сети; создание гармоничных отношений внутри семьи, более высокой резистентности к стрессовым воздействиям; формирование эффективных семейных проблем-разрешающих стратегий, когда проблемы признаются и конструктивно решаются; развитие навыков взаимопонимания при обсуждении всех семейных правил, законов.

## **РАЗДЕЛ 2. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕМЕЙНЫХ АНТИНАРКОТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ТРЕТИЧНОЙ (МОДИФИКАЦИОННОЙ) ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ.**

## **2.1. Медико-психологические особенности семей, члены которых зависимы от ПАВ.**

В исследованиях ряда авторов подробно описаны семьи с явным и скрытым семейным неблагополучием, характеризующимися прежде всего наличием лиц с алкогольной зависимостью. Взрослые в такой семье, забыв о родительских обязанностях, целиком и полностью погружаются в «алкогольную субкультуру», что сопровождается потерей общественных и нравственных ценностей и ведет к социальной и духовной деградации. В конечном итоге семьи с химической зависимостью становятся социально и психологически неблагополучными, что проявляется в виде следующих признаков:

- члены семьи не уделяют внимания друг другу, особенно родители детям; родители плохо относятся к детям, либо вообще их не замечают;
- вся жизнь характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, а отношения – ригидностью и деспотичностью;
- члены семьи озабочены отрицанием реальности, им приходится тщательно скрывать неприятные семейные тайны от окружающих;
- в правилах семьи значительное место занимают запреты свободно выражать свои потребности и чувства, используются эмоциональные репрессии.

Алкоголизация родителей приводит не только к душевной травматизации детей, но и серьезным образом сказывается на формировании их личности.

Важнейшими особенностями процесса взросления детей из «алкогольных» семей являются следующие факты:

- дети вырастают с убеждением, что мир – это не безопасное место и доверять людям нельзя;
- дети вынуждены скрывать свои истинные чувства и переживания, чтобы быть принятыми взрослыми;
- дети чувствуют эмоциональное отвержение взрослых, когда по неосмотрительности допускают ошибки, когда не оправдывают ожидания взрослых, когда открыто, проявляют свои чувства и заявляют о своих потребностях;
- дети, особенно старшие в семье, вынужденно берут на себя ответственность за поведение их родителей;
- дети чувствуют себя забытыми, брошенными и никому не нужными;
- чувства, которые когда-то возникли у ребенка в ответ на ситуацию в семье (вина, страх, обида, злость), становятся движущими силами его дальнейшей жизни;
- вырастая, дети алкоголиков могут не осознавать своих чувств, но именно сообразно с ними они строят свою жизнь, отношения с другими людьми, с алкоголем и наркотиками;

- дети переносят свои душевные раны и опыт во взрослую жизнь, часто становясь химически зависимыми.

Наркотизация родителей не только оказывает негативное влияние на формирование личности детей и подростков, но и является почвой для возникновения такого феномена, как созависимость. Созависимые лица происходят из семей, в которых имела место химическая зависимость, а естественное выражение чувств запрещалось. Такие семьи носят название дисфункциональных.

Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют почву созависимости. Рассматривать созависимость только как ответную реакцию на стресс в семье в виде химической зависимости у одного из членов было бы неверно. Стресс выступает как триггер, пусковой механизм, чтобы имевшаяся почва пришла в движение.

Созависимость – стойкое аномальное психологическое состояние, испытываемое близким родственником или другом зависимого человека, когда этот человек полностью поглощен проблемами связанными с зависимостью и не отдает себе отчёта, что и его жизнь тоже стала в определённом смысле зависимой от этих проблем. Созависимый человек своими неадекватными действиями фактически не способствует избавлению от зависимости, хотя и претендует на это, а наоборот, способствует ее сохранению.

Характеристики созависимого человека включают: преувеличение собственной силы и значимости; внешний контроль поведения, как правило, его фокусирование на зависимом от ПАВ человеке; «замороженные» чувства, неосознанность своих чувств, неконтролируемое их проявление в поведении; низкая самооценка; закрытое, манипулятивное общение; социальная и эмоциональная изоляция; слишком свободные или чрезмерно жесткие границы личности и семьи; деструктивные роли в семье, как следствие алкоголизма или наркомании.

Профилактические технологии, ориентированные на лиц больных зависимостью от ПАВ при работе с семьями, должны включать в себя создание условий для формирования функциональной семьи; формирование у здоровых членов семьи поведения препятствующего возникновению рецидива и прогрессированию зависимости; коррекцию созависимого поведения членов семьи; создание социально-поддерживающей семейной системы; формирование мотивации у больного и членов его семьи на прекращение употребления ПАВ.

## ***2.2. Анализ медико-психологических и психосоциальных подходов к профилактике рецидивов и осложнений у лиц молодого возраста, подверженных злоупотреблению наркотиками.***

Проведенные исследования показали неэффективность социально-поддерживающего процесса у больных наркоманией и алкоголизмом, количественное уменьшение и качественное негативное изменение

структуры социальных сетей, изменение их ориентации на асоциальную и антисоциальную. Распад социальных сетей, неэффективность поиска социальной поддержки и её качества определяют субъективную оценку её восприятия как низкую. Полученные результаты показывают, что людям с алкогольной и наркотической зависимостью недостаточно только пройти курс лечения в стационаре, так как это не окажет влияния на социальную среду, в которую больной возвращается. Динамическое терапевтическое воздействие должно быть направлено на эволюционное изменение жизненного стиля больного, включение его в постоянную поддерживающую среду – семьи, друзей.

Рецидив – возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других ПАВ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости. Проводятся различия между рецидивом и срывом, под которым понимается отдельный случай употребления наркотика или ПАВ.

В научной психологической литературе описан ряд психологических моделей рецидива. Среди них наиболее развита когнитивно-поведенческая (КП) модель.

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

Особое место в этой модели уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение, когда он сталкивается с ситуациями риска, то результатом этого будет снижение ощущение самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотик менее вероятно будет использован.

Данная модель получила дальнейшее развитие с позиций теории стресса и копинга Lazarus (1992). В некоторых моделях, имеющих больше сходств, чем различий, особое значение приобретает рассмотрение факторов риска срыва как ответа на эмоционально стрессовых ситуаций. От



эффективности копинг-поведения человека в этих ситуациях зависит исход. Само же копинг – поведение зависит от того, как воспринимается пациентом ситуация риска, как она оценивается, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контролировать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения).

КП модель имеет много общего с личностно-ситуативной моделью, определяющую важность индивидуального репертуара копинг-навыков у человека, находящегося в ситуации риска и его индивидуального восприятия своих навыков как эффективных или неэффективных. Модель когнитивной оценки, фокусируется на индивидуальном восприятии и оценке ситуации риска. В контексте данной модели важнейшим является умение когнитивно оценивать стрессовые, проблемные и рискованные ситуации. Все эти модели базируются на теории социального научения и самоэффективности Bandura (1977).

Таким образом, КП модель процесса рецидива выглядит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения в данной ситуации. В результате этого у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. В противном случае индивид может не давать эффективного копинг-ответа, в результате чего у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик и получает в результате эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя, как потерявшего контроль. В результате этого нарастают проблемы рецидива.

### ***2.3. Концептуальное обоснование подхода и модель профилактики рецидивов и осложнений у лиц молодого возраста, подверженных злоупотреблению наркотиками***

Результаты исследования контрастных групп лиц молодого возраста, позволили разработать три теоретические модели копинг-поведения, имеющие важное значение для построения программ профилактики рецидивов и осложнений у лиц молодого возраста, подверженных злоупотреблению.

#### *Модель активного адаптивного копинг-поведения.*

Данная модель создана на основе результатов исследования социально адаптированный подростков. Результатом их копинг-поведения является конструктивная адаптация и социальная интеграция. Таким образом, мы можем сформулировать исходные позиции для проведения первичной профилактики нарушений адаптации подростков, к которым должен стремиться превентивный процесс.

Очевидно, что исход копинг-поведения подростков в форме конструктивной адаптации и социальной интеграции может быть достигнут

путем целенаправленных воздействий превентивных усилий на формирование активных функциональных копинг-стратегий (базисный стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки) и определенных личностных и средовых копинг-ресурсов, являющихся психологическими факторами резистентности к стрессу и определяющими способность к успешной психосоциальной адаптации и развитию здорового жизненного стиля. При этом каждый из структурных элементов копинг-поведения, как блока копинг-стратегий, так и блока копинг-ресурсов, может и должен являться «мишенью» превентивного воздействия.

Активное адаптивное высоко функциональное копинг-поведение включает в себя следующие основные компоненты:

- сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных проблем-разрешающих и направленных на поиск социальной поддержки;
- сбалансированность когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения и развитость его когнитивно-оценочных механизмов;
- преобладание мотивации на достижение успеха в процессе преодоления стресса и психосоциальных проблем над мотивацией избегания неудачи;
- готовность к активному совладанию, а, при необходимости, и противостоянию среде, и связанная с этим осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса с целью его устранения;
- развитые в соответствии с возрастом личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие благоприятный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию эффективных копинг-стратегий.

Позитивная Я-концепция социально адаптированных подростков – один из важнейших личностных копинг-ресурсов, отличается сформированностью в соответствии с возрастом, относительной устойчивостью и в то же время выраженными динамическими характеристиками (подвижностью), то есть способностью к развитию.

Модель адаптивного копинг-поведения характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечивающего развитость базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки, личностного копинг-ресурса восприятия социальной поддержки, возможностью активного самостоятельного выбора источника поддержки, определения ее вида и дозирования объема, успешным прогнозированием ее возможностей.

Среди вышеперечисленных характеристик активного копинг-поведения фактически отсутствуют такие, которые можно рассматривать как психологические факторы риска, повышающие чувствительность индивида к стрессу. Более того, характеристики данной модели являются факторами резистентности к стрессу, и их преобладание, в конечном итоге, определяет исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию индивида.

### *Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения.*

Данная модель разработана на основании результатов исследования подростков с аддиктивным поведением, и предполагает два крайних, негативный и позитивный, варианта исходов копинг-поведения, определяемых разной эффективностью функционирования сопряженных блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Ниже приводится характеристика основных компонентов данной модели.

Псевдоадаптивное дисфункциональное копинг-поведение включает в себя следующие основные компоненты:

- сочетанное использование как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий; использование базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки в качестве ведущей;
- несбалансированное функционирование когнитивной, поведенческой и эмоциональной составляющих копинг-поведения;
- повышенный удельный вес в структуре копинг-поведения не соответствующих возрасту инфантильных копинг-стратегий;
- дефицит навыков активного использования копинг-стратегии разрешения проблем и замена ее на копинг-стратегию избегания с использованием аддиктивного механизма реализации данной стратегии;
- неустойчивость, флюктуация мотивации на достижение успеха, либо на избегание неудачи;
- преимущественная направленность копинг-поведения не на стрессор, а на редукцию возникающего психоэмоционального напряжения;
- подчиненность среде и псевдокомпенсаторный характер поведенческой активности;
- низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов как в целом, так и отдельных компонентов его структуры (неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция; неравномерно распределяемое по сферам и низкого уровня субъективное восприятие социальной поддержки; неоднозначная по эффективности и направленности (от адекватных и неадекватных социальных сетей);
- относительно высокий уровень развития эмпатии и аффилиации;
- отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки).

Рассматриваемый вид копинг-поведения носит псевдоадаптивный характер. Разрешение жизненных проблем подростками часто ассоциируется с разрешением проблем, связанных с наркотизацией, а сам наркотик воспринимается как средство преодоления проблем одиночества, нарушенной коммуникации, плохого самочувствия и т.д., что фактически создает иллюзию разрешения проблем в результате употребления ПАВ. Кроме того, фармакологический механизм реализации стратегии избегания позволяет подросткам, используя ПАВ, за счет изменения своего психического состояния, хотя бы на время, устранить ощущение контроля среды над собой и таким образом снять психоэмоциональное напряжение.

Социально-поддерживающий процесс в данной модели также носит псевдоадаптивный характер. Подростки с аддиктивным поведением пытаются преодолеть стресс, надеяться на поддержку со стороны окружающей среды, а взамен получают негативный образец поддержки наркотизирующей группы. При развитии базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки субъективное её восприятие направлено преимущественно на «наркофильную» социальную сеть, в наименьшей степени – на просоциальное поддерживающее окружение (семья, друзья, учителя, врачи, психологи и т.д.).

Негативный исход аддиктивного копинг-поведения представляет собой формирование биопсихосоциальной наркотической зависимости, перехода донологического этапа в нозологический, и приводит к социальной дезинтеграции, изоляции, дезадаптации. Используемая подростками с аддиктивным поведением копинг-стратегия избегания и ряд слабо развитых копинг-ресурсов, повышают индивидуальную чувствительность подростков к стрессу и являются психологическими факторами риска дезадаптивного копинг-поведения.

Психологическим факторами риска дезадаптивного аддиктивного копинг-поведения являются следующие:

- регулярное использование пассивной копинг-стратегии избегания;
- низкая эффективность копинг-стратегии поиска социальной поддержки;
- отсутствие сформированных навыков активного разрешения проблем;
- наличие негативной, искаженной, деформированной Я-концепции;
- низкий уровень восприятия социальной поддержки и ее направленность в сторону асоциальной сети наркотизирующихся лиц;
- получение социальной поддержки от партнеров по наркотизации;
- неустойчивый уровень субъективного контроля над средой;
- высокая чувствительность к отвержению;
- отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки.

В то же время в структуре копинг-поведения наркотизирующихся подростков имеются и психологические факторы резистентности к стрессу, определяющие способность сохранять здоровье, формировать адаптивные паттерны поведения и препятствующие переходу аддиктивного поведения в зависимость от ПАВ.

Факторами резистентности к стрессу у подростков с аддиктивным поведением являются следующие:

- развитая базисная копинг-стратегия поиска социальной поддержки и ее ситуационно-специфический аналог – копинг-стратегия дистанцирования в варианте приближения;

- направленность восприятия социальной поддержки не только в сторону наркотизирующей группы, но и в сторону просоциальных поддерживающих сетей;

- наличие социальной поддержки со стороны семьи, друзей, значимых других;

- развитые эмпатия и аффилиация.

Негативный вариант аддиктивного поведения развивается в случае явного преобладания в копинг-поведении подростков психологических риск-факторов дезадаптивного копинг-поведения над психологическими факторами резистентности к стрессу, слабой их развитости.

Позитивный вариант исхода преодолевающего стресс поведения приводит к социальной интеграции в просоциальную сеть и адаптации индивида к среде. Он развивается в случае преобладания психологических факторов резистентности к стрессу над психологическими факторами риска дезадаптивного копинг-поведения.

*Модель пассивного дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения подростков.*

Данная модель разработана на основе результатов исследования копинг-поведения подростков, воспитывающихся без семьи. Она предполагает исход в виде дезадаптации подростка, его социальной изоляции в результате неэффективного функционирования блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Модель характеризуется следующими признаками:

- преобладание пассивных копинг-стратегий над активными;
- несбалансированность функционирования когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения;

- неразвитость когнитивно-оценочных механизмов поведения;

- дефицит социальных навыков разрешения проблем;

- интенсивное использование инфантильных копинг-стратегий, не свойственных подростковому возрасту;

- использование базисной копинг-стратегии избегания в качестве ведущей в копинг-поведении, наряду с применением ситуационно-специфических копинг-стратегий и механизмов психологической защиты, направленных на уход от проблемы;

- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха;

- отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей;

- негативное отношение к проблемам и оценка их как угрожающих благополучию;

- псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности;

- низкий функциональный уровень копинг-поведения;

- отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор, как причину негативного влияния, а воздействие на психоэмоциональное

напряжение, как следствие негативного воздействия стресса, с целью его редукации;

- слабая осознаваемость стрессорного воздействия
- низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых копинг-ресурсов (слабо сформированная Я-концепция, неразвитость восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля над средой, относительно высокая чувствительность к отвержению, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны социальной среды).

Негативная Я-концепция у подростков с пассивным дисфункциональным и дезадаптивным копинг-поведением проявляется в низком уровне побуждений к действию, морального самосознания, сниженном эмоциональном тоне, искаженном образе тела, нарушенных семейных, социальных и сексуальных отношениях, слабо сформированных профессионально образовательных стремлениях, низком субъективном уровне контроля над средой, ощущении низкой приспособляемости к среде и в выраженном расхождении между реальным и идеальным компонентами самооценки.

Кроме того, низкая эффективность функционирования блока личностных и средовых копинг-ресурсов определяется пассивным характером использования копинг-стратегии социальной поддержки, низкой способностью к ее восприятию в сферах «семья», «друзья», «значимые другие», слабостью средового копинг-ресурса социальной поддержки как функции социальных сетей подростка. Низкая эффективность социально-поддерживающего процесса определяется и пассивным, вынужденным или принудительным характером выбора социальной поддержки, что обеспечивает снижение самооценки, самоуважения, «подавление» других копинг-ресурсов и использование копинг-стратегий.

Данные характеристики модели пассивного копинг-поведения подростков повышают их индивидуальную чувствительность к стрессу и рассматриваются как психологические факторы риска и предикторы деструктивного копинг-поведения.

На основании моделей копинг-поведения трёх контрастных групп, разработана концептуальная модель психопрофилактики нарушений социальной и психологической адаптации в подростковом возрасте.

*Первичная копинг-превенция* нарушений психосоциальной адаптации подростков, основанная на интегративной копинг-концепции, является неспецифической и наиболее массовой.

Её контингентом является общая популяция детей и подростков, а целью – формирование активного адаптивного функционального копинг-поведения, направленного на продвижение к здоровью, уменьшение числа лиц, имеющих психологические факторы риска возникновения нарушений психосоциальной адаптации, формирование невосприимчивости к дисфункциональным паттернам поведения.

Первичная копинг-превенция является наиболее эффективной, поскольку стремится полностью избежать патологических исходов, редуцировать число лиц, у которых может быть начат процесс формирования дезадаптации. Усилия первичной копинг-превенции меняют одни развивающиеся процессы на другие и направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование здоровья.

Первичная копинг-превенция включает задачи по совершенствованию, повышению эффективности использования подростками активных копинг-стратегий, увеличению потенциала личностных и средовых копинг-ресурсов.

Основным способом реализации задач первичной копинг-превенции является обучение эффективным поведенческим стратегиям, социальным навыкам и умениям преодоления стресса, управления им, а также оказание подросткам социальной поддержки адекватными социально-поддерживающими сетями. Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса может проводиться в форме психологического тренинга проблем-разрешающего копинг-поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию Я-концепции, эмпатии, аффилиации, снижению чувствительности к отверждению и т.д.

В процессе первичной копинг-превенции принимают участие социально-поддерживающие сети семья, друзья и сверстники, значимые другие (педагоги, воспитатели, психологи, врачи и другие лица, участвующих в превентивной деятельности). Превентивная интервенция, проводимая социально-поддерживающими сетями, включает в себя создание и реализацию разнообразных профилактических программ, и совершенствование социально-поддерживающей сети, ее коррекцию и создание, в случае необходимости, искусственной сети доноров социальной поддержки. Применяемые профилактические программы могут фокусироваться как на отдельных социальных сетях (семья, сверстники, школа и т.д.), так и на отдельных индивидах или социальных группах подростков, используя при этом средства массовой информации, возможности альтернативного асоциальному досуга, тренинг поведенческих навыков и т.д.

*Вторичная копинг-превенция* включает в себя как социальные, так и медицинские мероприятия неспецифического и специфического характера. Ее контингентом являются подростки с поведением риска, имеющие псевдоадаптивные и дезадаптивные паттерны поведения (аддиктивное, девиантное, делинквентное поведение). По своей направленности на контингенты риска вторичная копинг-превенция является массовой, оставаясь индивидуальной в отношении коррекции поведения отдельных подростков. Проводимые в рамках вторичной копинг-превенции мероприятия ведут к уменьшению числа распространенных в популяции расстройств и состояний путем вмешательства на ранних этапах их развития.

Целью вторичной копинг-превенции является изменение псевдо- или дезадаптивного поведения на адаптивную форму, перерыв эволюции

патогенетического процесса и предупреждение в результате этого клинической манифестации расстройств поведения.

Достижение цели вторичной копинг-превенции требует выполнения следующих задач: овладение навыками практического применения активных копинг-стратегий разрешения проблем, совершенствование использования копинг-стратегии поиска социальной поддержки, психологическая коррекция вариантов использования пассивной копинг-стратегии избегания; повышение потенциала блока личностно-средовых копинг-ресурсов: коррекция негативной, искаженной Я-концепции и субъективного восприятия социальной поддержки, увеличение уровня интернального контроля, развитие эмпатии и аффилиации, коррекция естественных социально-поддерживающих сетей, изменение направленности получения социальной поддержки от неадекватных социальных сетей на адекватные.

Реализация задач вторичной копинг-превенции может быть осуществлена путем оказания подросткам различных видов социальной поддержки адекватными естественными, а также искусственно созданными сетями и путем обучения подростков эффективным социальным навыкам и умениям преодоления стресса, управления им (обучение активным копинг-стратегиям).

Обучение эффективным навыкам преодоления стресса и оказания поддержки может осуществляться в форме различных видов психологического тренинга (тренинг разрешения проблем, поиска, восприятия и оказания социальной поддержки, тренинг когнитивно-оценочной составляющей копинг-поведения, коммуникативных навыков посредством развития эмпатии, аффилиации, снижения чувствительности к отвержению, психологическая коррекция самооценки, отдельных сфер и всего динамического комплекса Я-концепции, мотивация на эффективное стресс-преодолевающее поведение, достижение успеха), и других форм медико-психологической работы.

Реальная помощь подросткам при проведении вторичной копинг-превенции может оказываться социальными сетями. Профилактическое воздействие социально-поддерживающих сетей включает в себя создание и реализацию разнообразных психокоррекционных программ, имеющих целью совершенствование естественных социальных сетей (семья), коррекцию семейных взаимоотношений и создание искусственных сетей социальной поддержки.

Используемые профилактические программы могут фокусироваться на семье, школе, носить общественный характер, влияя через средства массовой информации, либо альтернативный – в форме организации досуга подростков. Это могут быть программы аффективного и интерперсонального обучения, основанные на тренинге поведенческих навыков и т.д. Выполнение их должно осуществляться специально подготовленными, обученными копинг-профилактике специалистами – психотерапевтами, психологами, педагогами и воспитателями.

*Третичная копинг-превенция.*



Эффект от превентивного воздействия во многом определяется возможностью замены потенциально патологических звеньев на непатологические. Данный подход подтверждает мнение ряда авторов, которые считают, что профилактические действия, проводимые в рамках третичной профилактики фактически не являются превентивными, так как они начинаются после того, как факт глубокого нарушения адаптационных процессов уже установлен. Исходя из этого, третичная копинг-превенция нарушений психосоциальной адаптации у подростков является преимущественно клинико-психологической и медицинской задачей, индивидуальной или групповой по форме и направленной, по содержанию, на предупреждение перехода сформированной патологической цепи в более тяжелую стадию, предупреждение обострений и направление процесса обратного развития дезадаптивных паттернов поведения в сторону более адаптивных. Она осуществляется посредством обучения подростков с выраженной социальной дезадаптацией активным эффективным стратегиям преодоления стресса, оказания социальной поддержки, проведения терапии специально подготовленными психотерапевтами и клиническими психологами. Необходимым условием третичной копинг-превенции является осознание как подростком и его родителями, так и самим психотерапевтом того, что личность должна сама активно преодолевать сформированную патологию как выраженный и хронический дистресс. При проведении третичной копинг-профилактики резко возрастает роль социально-поддерживающей сети значимых других в лице профессиональных «доноров» социальной поддержки (врачи, психологи и т.д.). Расширение репертуара копинг-стратегий, переориентация подростка с доминирующего использования пассивных копинг-стратегий (в том числе и в фармакологическом варианте) на активные, позволяет увеличить сроки ремиссии, снизить частоту рецидивов, избежать выраженной социальной дезадаптации.

Особое внимание следует уделять осознанию, модификации и развитию копинг-ресурсов подростков (искаженной Я-концепции, формированию адекватного интернального локуса контроля, восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации), а также аффективных, когнитивных и поведенческих процессов.

Результаты внедрений трех вышеперечисленных моделей профилактики могут проявляться в виде реальных результатов через определенные временные промежутки. От третичной копинг-превенции следует ожидать результатов на конкретных группах подростков, но за достаточно короткий срок. Более продолжительный срок после внедрения, но и более широкий охват населения, приносит внедрение вторичной копинг-превенции. Самый широкий охват населения, но за достаточно продолжительные сроки, с наиболее эффективными результатами следует ожидать от мер первичной копинг-превенции.

#### ***2.4. Метод мотивационного консультирования: современная психосоциальная технология профилактики.***

Подросткам – потребителям ПАВ не по силам самостоятельно сознательно контролировать, а тем более трансформировать содержание собственных психических процессов. Поэтому большинство методов, основанных на вербальной, рациональной психотерапевтической интервенции, является малопригодными. Изменению поведения в направлении от дезадаптивного к адаптивному трудно обучиться, если потребителю ПАВ предлагаются и навязываются знания и поведенческие установки извне. Процесс понимания подростком необходимости изменения поведения, мышления, ценностных ориентаций и нравственных установок возможен только тогда, когда сформирована внутренняя мотивация на изменение и преодоление прежних поведенческих и других стереотипов. В связи с вышеизложенным становится очевидной актуальность мотивационной работы с подростками-потребителями ПАВ и развитие методов когнитивно-поведенческих вмешательств в учреждениях социального обслуживания семьи и детей.

Поведение, ведущее к зависимости от наркотиков, формируется постепенно и затрагивает глубинные и тонкие процессы психологического развития. В основе такого поведения лежит неразвитость когнитивных процессов, Я-концепции, личностного контроля, когнитивных ресурсов, а также активных стратегий поведения, направленных на решение жизненных проблем и преодоления стресса. Поведение, ведущее к зависимости, является преимущественно избегающим, основанным на иллюзиях и манипулятивных стратегиях, ещё более осложняющих взаимодействие зависимого человека с окружающей его социальной средой (в том числе, семьёй).

Дети и подростки, имеющие опыт экспериментирования с ПАВ и употребляющие их время от времени, но не имеющие сформированной физической зависимости относятся к группе риска наркологических заболеваний. В эту группу также включаются дети и подростки, имеющие выраженные факторы риска формирования наркотической зависимости. Таким образом, группа риска состоит из двух подгрупп: дети и подростки, имеющие опыт употребления ПАВ, и дети и подростки, не имеющие такого опыта, но являющиеся носителями выраженных факторов риска. В обоих случаях у детей и подростков проявляется нарушенное поведение и яркие признаки психосоциальной дезадаптации. В обоих этих случаях необходимо использование метода мотивационного консультирования с целью формирования мотивации к изменению поведения, продвижению к здоровому жизненному стилю.

Мотивационное консультирование рекомендуется использовать при работе с детьми и подростками, проявляющими признаки аддиктивного отклоняющегося поведения. Мотивационное консультирование – это направляющий, клиент-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи клиенту в изучении и расширении противоречий между его жизненными

потребностями и теми результатами, которые он достигает в связи с реализацией своего дезадаптивного поведения. По сравнению с не директивным консультированием, оно более фокусированное и целенаправленное. Исследование и разрешение противоречий является главной задачей мотивационного интервьюирования, и консультант намеренно направляет клиента к достижению этой цели.

Мотивация к изменениям исходит от подростка, а не навязывается ему со стороны. Другие мотивационные подходы делают акцент на принуждении, убеждении, конструктивной конфронтации и использовании внешних обстоятельств. Такие стратегии могут быть использованы для вызова изменений, но их сущность значительно отличается от мотивационного консультирования, которое основывается на выявлении и мобилизации внутренних ценностей и целей подростка для стимуляции изменения поведения.

Стиль консультирования в основном спокойный и располагающий. Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и аргументация являются концептуальной противоположностью мотивационному консультированию и противопоказаны при этом подходе.

Готовность измениться – это не характерологическая особенность, а нестойкий результат межличностного взаимодействия. Таким образом, консультант должен быть очень внимателен и чуток к мотивационным сигналам подростка. Сопротивление и «отрицание» рассматриваются как обратная связь на поведение консультанта. Сопротивление – это часто сигнал того, что консультант предполагает наличие большей готовности к изменениям, чем есть в действительности, и это намек на то, что консультанту нужно изменить стратегии мотивации.

Консультационные отношения больше похожи на партнерские, чем на роли эксперта и обследуемого. Консультант должен уважать самостоятельность подростка и свободу его выбора, касающегося его собственного поведения.

Общим в поведении мотивационных консультантов является умение задавать «открытые» вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевыми стратегиями мотивационного консультирования являются

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) проблем клиентом;
- участие в его проблемах;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии подростка;
- оптимизм в отношении изменений;

- умение во время вселить уверенность в отношении возможности таковых.

В общении консультанты должны быть максимально резистентными и минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самооэффективности у подростка для того, чтобы он воспринимал изменения как возможные для себя, а себя – способным на изменения. Часто используется «обратная связь» для усиления мотивации.

Наиболее важно избегать конфронтации, в которой консультант занимает позицию защиты своего мнения по поводу проблемы подростка и необходимости изменения поведения и мыслей, а подросток доказывает, что у него нет проблем и необходимости изменения.

Аргументация подростка – основное поле работы консультанта и в нем необходимо искать противоречия. Терапевт также избегает позиции «эксперта», который проводит экспертизу и оценивает позицию и решения клиента. Консультант избегает «закрытых» вопросов (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает того, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

В работе консультанта существует необходимость супервизии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения её, либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением.

Главная роль консультанта – выявлять и усиливать внутреннюю, присущую клиенту мотивацию на изменение. Эта фасилитаторская роль может включать аккуратно встроенные в беседу элементы обучения на основе сотрудничества. Таким образом, терапевт является фасилитатором (повторяющим усилителем), учителем и сотрудником. Роль эксперта или советника является неприемлемой. Однако, когда персонал нуждается в обратной связи для решения вопроса насколько правильно проводится мотивационная терапия, терапевт выступает в роли обучающего, но только для персонала, а не для клиента (пациента).

Клиент должен говорить больше, чем половину времени на протяжении всего разговора. Особенно на протяжении периода, когда он лично реагирует на «обратную связь», которую терапевт давал в роли «основательного разъяснителя».

Мотивационное консультирование является клиент-центрированным, но директивными. Консультант использует систематически стратегию аккуратного давления. Однако мотивационное консультирование бывает успешными только тогда, когда это давление настолько аккуратно, что подросток его совершенно не ощущает и воспринимает информацию консультанта как мнение, в крайнем случае, – не более чем совет. Директивность обычно сопровождает процесс задавания «открытых вопросов» и обсуждения ответов на них в сочетании с селективной рефлексией.

В тех случаях, когда консультант и подросток поставлены друг другом в тупик, используются метафоры. Если консультанту необходимо что-либо

записывать и записи помогают ему конструировать работу с подростком, терапевт кладет лист, на котором ведет записи на стол рядом с подростком так, чтобы подросток мог его видеть, и тогда это не вызывает лишнего беспокойства.

Первый контакт с консультантом для подростка является разведывательным. Он очень важен для выбора между возможностью существования мотивации на изменение по ходу процедуры и продолжением употребления ПАВ. Сначала практически никто не хочет отказываться от «позитивных» аспектов употребления ПАВ, хотя настроен на устранение «негативных» аспектов. В это время происходит своеобразная «подстройка» консультанта и подростка и определяются рабочие отношения. Важно собрать всю информацию, чтобы определить, как следует использовать и проводить консультирование. Помимо сбора информации не следует забывать о том, что информацию следует также и давать. Необходимо, чтобы на раннем этапе процесса осуществилась синхронизация «спроса и предложения», чтобы избежать возможного непонимания и разочарований.

Необходимо учитывать ряд объективных факторов, таких как возраст и стаж наркотизации, личностные особенности подростка, а также ряд субъективных особенностей: чувство безнадежности и беспомощности; снижение чувства собственного достоинства и заниженная самооценка; вина и стыд; отсутствие ощущения социальной безопасности.

В процессе мотивационного консультирования можно снижать привлекательность употребления ПАВ, подчеркивать личную ответственность, поддерживать поиск альтернативных вариантов поведения, разъяснять цели и задачи. Цели должны быть специфическими, измеримыми, приемлемыми, реалистичными для пациента и относящимися к определенному периоду времени. Крайне важно демонстрировать эмпатию (сочувствие) и поддерживать обратную связь. Категорически не допускается осуждать, обвинять, оспаривать или подвергать сомнению мнение подростка, противостоять его точке зрения, вешать на него ярлык. Крайне важно верно оценивать роль психоактивного вещества для подростка.

*Опыт медико-психологического консультирования родителей в рамках реабилитационной программы.*

На основании опыта работы центра социальной поддержки семей разработана схема медико-психологического консультирования родителей детей и подростков, зависимых от ПАВ. В данную схему входят следующие направления работы.

- 1). Индивидуальные консультации психолога и врача. Врач психиатр-нарколог консультирует родителей по медицинским вопросам зависимости от ПАВ. Информировает о симптомах, синдромах, течении и лечении данных расстройств. Психолог проводит как информационно-просветительскую работу с родителями, так и индивидуальное психологическое консультирование по проблемам семьи и детско-родительских отношений.

2). Патронаж семьи социальным педагогом. Социальный педагог регулярно посещает семью участника программы и сопровождает ребёнка в его поездках домой. Также он поддерживает постоянный контакт с родителями каждого подростка: родители имеют постоянную возможность звонить ему и узнавать об успехах прохождения реабилитации их ребёнком.

3). Группа поддержки для родителей. При принятии подростка в Центр родители (или лица их заменяющие) автоматически становятся участниками реабилитационного процесса и должны активно участвовать в группе поддержки для родителей. Данные группы проходят с периодичностью 1 раз в две недели и длятся 2 часа. На этих группах родитель имеет возможность получить и обсудить информацию по вопросам зависимости и последствий употребления ПАВ. Также в круг тем входят вопросы предотвращения и мер предупреждения срывов, вопросы влияния семьи на развитие личности ребенка.

Наиболее важной задачей этих групп является обучение родителей на этих занятиях строить эффективные отношения с их зависимыми детьми, прошедшими реабилитацию в центре, таким образом, чтобы помочь подросткам избегать срывов, а также развивать навыки, необходимые для конструктивного диалога со своим ребёнком-подростком.

### **РАЗДЕЛ 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРЖЕННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИКАМИ.**

В целях исследования эффективности использования метода мотивационного консультирования, были обследованы 100 подростков в возрасте 14-18 лет, употребляющих ПАВ, и проходящих реабилитацию в центре социальной поддержки проблемных семей. 50 подростков были обследованы дважды – при поступлении в центр и после прохождения профилактически-реабилитационной программы с включением метода мотивационной консультирования.

Исследование проводилось при помощи специально подобранного комплекса психодиагностических методик, адекватных теоретико-методологической основе исследования.

1). Методика «Степень готовности к лечению» (Университет Род-Айленда, США) определяет степень готовности подростка менять аддиктивное поведение. Трактовка её результатов предполагает либо пониженную, либо умеренную, либо повышенную готовность к лечению.

2). Методика «Готовность к изменению поведения и стремление к лечению» (Университет Род-Айленда, США) также отражает степень признания зависимым своей проблемы и отношение его к этой проблеме. Данная методика включает в себя три параметра:

- собственно признание проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ;

- амбивалентное отношение к проблеме (зависимого волнует, контролирует ли он употребление ПАВ, употребляет ли он слишком много, причиняет ли вред другим людям, является ли алкоголиком или наркоманом либо он не задумывается о том, что слишком интенсивно употребляет ПАВ и является алкоголиком и наркоманом);

- предпринимаемые шаги (пытается ли зависимый бороться со своей зависимостью или не предпринимает ничего).

3). Методика URICA (США) отражает ответ на вопрос, на каком этапе изменений находится исследуемый зависимый. Она включает в себя четыре параметра и по максимальному показателю по этой методике можно определить, на какой именно стадии изменений находится исследуемый зависимый: стадия непонимания наличия проблемы; стадия предварительных размышлений; стадия предпринимаемых действий; стадия поддержания достигнутых изменений.

4). Методика «Индикатор копинг-стратегий» (CSI, США) - об отношении зависимого к возникающим проблемам. Она включает в себя 3 параметра: «решение проблем»; «поиск социальной поддержки»; «избегание». На основе трактовки её результатов можно с достаточной уверенностью утверждать, какой из перечисленных способов решения проблем является ведущим для исследуемого.

5). Методика «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО) включает в себя 5 субшкал:

- цели в жизни;
- процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни;
- результативность или удовлетворенность самореализацией;
- локус контроля - Я (Я – хозяин жизни).
- локус контроля – жизнь или управляемость жизни.

Соответственно, каждый из перечисленных параметров отражает удовлетворенность или неудовлетворенность зависимого тем, как складывается его жизнь. Кроме того, методика включает в себя еще параметр так называемого общего показателя жизни, также отражающего удовлетворенность или неудовлетворенность зависимого своей жизнью.

Системный анализ всех полученных данных позволил заключить, что для подростков, поступивших в центр на реабилитацию, были характерны следующие особенности:

- они были склонны отрицать свои проблемы, но хотели что-либо изменить в своей жизни, предпринять какие-то шаги, чтобы их жизнь изменилась к лучшему;

- они были склонны жить сегодняшним днём и не имели целей в будущем, которые придавали бы жизни осмысленность, направленность и временную перспективу;

- они не были удовлетворены своей жизнью, а жизнь не воспринимали как интересную, эмоционально насыщенную и наполненную смыслом;

- они отмечали, что остро не удовлетворены тем, чего добились на сегодняшний день, что прожитая ими часть жизни была непродуктивной и бессмысленной (оценивая пройденный отрезок жизни);

- они не считали себя сильными личностями, обладающими свободой выбора, не верили в свои силы;

- они убеждены, что не могут контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

- они довольно часто не принимали мер для решения своих проблем, испытывали трудности, когда нужно было просить помощь, и часто уходили от решения проблем, делая вид, что проблемы не существует.

- они не хотели признавать, что ПАВ являются главной причиной их проблем, они были амбивалентны по отношению к этой проблеме и мало предпринимали шагов для изменения положения дел.

В группе подростков, успешно прошедших реабилитацию с использованием метода мотивационного консультирования картина существенно изменилась. У 82% из них увеличилась готовность менять аддиктивное поведение. В процессе реабилитации в центре у 59% из них появилось чёткое понимание того, что они зависимы от ПАВ, и в результате проводимого с ними мотивационного консультирования они перешли на стадию действий по осуществлению реабилитационной программы или стали предпринимать усилия по поддержанию достигнутых изменений. У 80% из них существенно повысились показатели по всем смысло-жизненным ориентациям: появились осознанные цели в жизни, сам процесс жизни и ее результативность стали приносить удовлетворение, появилось стойкое ощущение управляемости жизни и не бесполезности своей жизненной роли (существенно повысились и локус контроля-Я и локус контроля-жизнь). У 71% из них появилась способность самостоятельно решать свои проблемы, а у 66,7% - обращаться за помощью в решении проблем к близким; у 81% отмечено существенное снижение тенденции прятаться от проблем, не решая их. У 64% из них появилась способность предпринимать конкретные действия для выздоровления; у 45,5% снизилась амбивалентность по отношению к зависимости, то есть, сформировалось однозначно нетерпимое отношение к употреблению; у 45,5% выработалось адекватное понимание своей проблемы и негативное отношение к употреблению.

Все вышеописанное свидетельствует об успешной работе программы реабилитации с включением метода мотивационного консультирования.

На основании выше изложенного были сформулированы базовые принципы формирования программ профилактической работы с лицами молодого возраста, подверженных злоупотреблению наркотиками в учреждениях социального обслуживания семьи и детей.

#### **РАЗДЕЛ 4. БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРЖЕННЫХ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЮ ПАВ.**



При формировании программ профилактической и реабилитационной работы с контингентом лиц молодого возраста, подверженных злоупотреблению наркотиками, необходимо учитывать следующие базовые принципы.

*Принцип системности* предполагает разработку и проведение системы программных мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и наркотической ситуации.

*Принцип стратегической целостности* определяет единую стратегию программной деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия.

*Принцип многоаспектности* предполагает сочетание различных аспектов деятельности. Профилактическая и реабилитационная деятельность может быть направлена на личность, среду либо на изменение поведения. Личностно-ориентированный аспект – это система воздействий, направленных на позитивное развитие ресурсов личности. Поведенческий аспект – целенаправленное формирование у детей и взрослых прочных навыков и стратегий адаптивного поведения. Направленность профилактики на среду означает формирование системы социальной поддержки.

*Принцип ситуационной адекватности* профилактической деятельности означает соответствие профилактических и реабилитационных действий актуальной ситуации.

*Принцип динамичности* предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования деятельности.

*Принцип легитимности* предполагает реализацию целевой профилактической и реабилитационной деятельности на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки населением. Профилактические и реабилитационные действия не должны нарушать права человека.

*Принцип полимодальности и максимальной дифференциации* предполагает гибкое применение в профилактической деятельности различных подходов и методов, а не центрирование только на одном методе или подходе.

Естественно, что оценка эффективности профилактических и реабилитационных программ не должна быть субъективной. Необходим учёт соответствующих критериев эффективности, а также использование строгого, но простого в использовании измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических методик, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить об изменениях, происходящих в результате профилактического вмешательства, корректировать действия, изменять, если это необходимо, направления работы, ее форму и содержание.