



КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

*III Международная научно-практическая конференция*

# КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ: проблемы и перспективы

---

Тезисы докладов

*25 и 26 октября 2018 года,  
Санкт-Петербург*



III МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ  
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

УДК 159.9+364+616.89

ББК 56.14+65.272+88.492

К 63

*Рекомендовано к печати Редакционно-издательским советом  
Санкт-Петербургского государственного института  
психологии и социальной работы*

К63 Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотиков: проблемы и перспективы : Тезисы докладов III Международной научно-практической конференции, 25 и 26 октября 2018 года / под общ. ред. Ю.П. Платонова. — СПб. : СПбГИПСР, 2018. — 97 с.

ISBN 978-5-98238-075-3

Организатор конференции:

Научно-исследовательский центр Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы.

ISBN 978-5-98238-075-3

© Авторы публикаций, 2018

© СПбГИПСР, 2018

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Абрамова А. В. Нормативно-правовые аспекты в системе социальной профилактики потребления психоактивных веществ среди подростков . . . . .	6
Арпентьева М. Р. Аксиологические аспекты наркоманий . . . . .	8
Ахматчина Т.В. Межведомственное взаимодействие в сфере первичной профилактики потребления ПАВ в детско-подростковой среде (на примере работы ДПО Фрунзенского района СПб ГБУЗ ГНБ) . . . . .	10
Ахмедзаде Н. Р. Образ «Я» в контексте семейных отношений у лиц с наркотической и алкогольной зависимостями . . . . .	12
Бардиашвили К. В., Базылева С. Ю. Опыт межведомственного взаимодействия некоммерческой организации «ЧУСО Детская деревня — SOS Пушкин» с организациями социального обслуживания населения города Санкт-Петербурга в сфере комплексной реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации потребителей ПАВ . . . . .	14
Бакин А. А. Реинтеграция наркозависимых женщин, освободившихся из мест лишения свободы . . . . .	16
Бевзюк А. В. Методические проблемы психологической диагностики лиц, имеющих наркотическую зависимость, находящихся в ремиссии . . . . .	19
Беляев А. В. Сообщество «Анонимные алкоголики» как реальный путь освобождения от алкогольной зависимости . . . . .	21
Верещагин А. Б., Манушина Е. Н., Пойлова Е. В., Виноградова Т. Н. «Горячая» линия Санкт-Петербургского центра СПИД как один из инструментов профилактики ВИЧ-инфекции . . . . .	24
Городнова М. Ю. Мотивация и уровни оказания полипрофессиональной помощи наркозависимым и членам их семей в условиях наркологического стационара . . . . .	25
Ипатов А. В. Модерационная функция личности в аутодеструктивном поведении подростков . . . . .	28



Казьмина Н. А. Психологическая работа с детьми группы риска социального сиротства из числа семей, где один из родителей страдает химической зависимостью . . . . .	30
Келасьев О. В. Конфликты в семьях наркозависимых . . . . .	32
Китаева А. И. Возможности профобразования в области мотивационной работы с зависимыми лицами для специалистов социальной сферы . . . . .	35
Ковеленов А. Ю., Семикова С. Ю., Понкратов Р. С. Распространение ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей в Ленинградской области . . . . .	37
Кокоренко В. Л. Арт-технологии в личностной работе психопрофилактики аддикций . . . . .	39
Колесников С. С., Исаев Н. А. Превентивный потенциал «карьерного» подхода к пониманию девиантности и опыт анализа реабилитационной деятельности . . . . .	41
Кольцова О. В. Психологическая напряженность, вызванная соматическими симптомами, у ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от психоактивных веществ . . . . .	43
Кулагина С. А. Сетевое взаимодействие образовательных учреждений с центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в системе профилактики потребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних . . . . .	46
Маргошина И. Ю. Профилактика ВИЧ-инфекции в системе полового воспитания девушек- подростков . . . . .	48
Мисирли Т. А. Особенности волевой сферы курящих и потребляющих спиртные напитки (азербайджанской и русской национальностей) . . . . .	51
Подколзина Л. Г. Взаимосвязь алекситимии с проявлениями тревожности и агрессивности у подростков с наркотическими зависимостями . . . . .	52
Пойлова Е. В., Виноградова Т. Н., Манушина Е. Н., Верещагин А. Б. Пункт профилактики ВИЧ-инфекции на базе центра СПИД: работа с наркозависимыми . . . . .	56
Полещук П. А. Результаты эксперимента добровольной трудотерапии в реальных условиях . . . . .	57



Принцев Н. В., Томановская Л. Я. Трудовое воспитание и становление как фактор социализации и ресоциализации . . . . .	60
Пырьев Е. А. Кризисная служба в системе наркопрофилактики в подростковой среде . . . . .	62
Рыжко П. В. Формы превенции аддиктивного поведения подростков на базе учреждения дополнительного образования . . . . .	64
Савельев Д. С., Жерлыгина Е. С. Использование спорта в профилактике наркомании . . . . .	67
Середа М. В., Смирнова А. А. Взаимодействие государственных социальных сервисов и СО НКО в сфере комплексной реабилитации потребителей наркотиков . . . . .	70
Смирнова Н. В., Тельпис П. С. Реабилитации зависимых в современных условиях на примере реабилитационного центра СПб ГБУЗ ГНБ ОМР № 4 . . . . .	72
Томановская В. В., Ершов А. Г. Основы социальной цифровизации в изучении проблематики современной наркомании . . . . .	77
Топка Н. Б., Гречухина Ю. И. Взаимодействие с некоммерческими организациями как направление профилактики ВИЧ-инфекции . . . . .	81
Хижун Н. П. Опыт психологического мотивационного консультирования клиентов-потребителей психоактивных веществ в рамках работы программы профилактики социального сиротства и укрепления семьи ЧУСО «Детская деревня — SOS Пушкин» . . . . .	84
Чернов Д. Ю. Дефицит осмысленности в молодежной среде как фактор наркотизации . . . . .	86
Шелоница Т. В. Техника MAPS в изучении лиц, зависимых от ПАВ . . . . .	88
Шипунова Т. В. Созависимые отношения: причины формирования и коррекция . . . . .	89
Шыхалиев А. Л. Базовые аспекты социальной реабилитации наркозависимых граждан с учетом внутрисемейных ресурсов и жизненных перспектив . . . . .	92
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ . . . . .	94



*Абрамова А. В.*

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

---

Проблема профилактики аддиктивного поведения не просто продолжает оставаться актуальной до сих пор, а приобрела на сегодняшний день предельно острый характер. По данным Российской академии образования, в настоящее время «масштабы и темпы распространения алкоголизма, наркомании и токсикомании в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи, будущее значительной ее части».

При реализации превенции употребления ПАВ в образовательной среде необходимо учитывать законодательную базу.

В системе нормативно-правовых аспектов важно отметить и охарактеризовать следующие правовые источники:

«Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» № 619 от 28.02.2000. Главная задача, выдвигаемая в Концепции — предупредить сам факт распространения и употребления психоактивных веществ, включения молодежи в наркогенную ситуацию и субкультуру.

Федеральный закон № 12-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999. В Законе рассматриваются общие положения по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Основные направления деятельности органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Приказ Минобрнауки России от 16.06.2014 г. № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования». Тестирование направлено на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2015 г. № 443 «О Порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую помощь, в случае выявления незаконного потребления обучающимся наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра».

Постановление Правительства РФ от 06.11.2013 № 995 (ред. от 06.12.2017) «Об утверждении Примерного положения о комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав». В Постановлении рассматривается Порядок создания комиссий по делам



несовершеннолетних и защите их прав и осуществления ими деятельности определяется законодательством субъекта Российской Федерации.

Приказ Минздрава «О Порядке оказания наркологической помощи по профилю «психиатрия-наркология», № 1034 н от 10.12.2015. В Приказе профилактики наркологических расстройств среди несовершеннолетних обеспечивается путем мотивационного консультирования лиц с риском развития наркологических расстройств, а также лиц с наркологическими расстройствами, в целях формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни, отказа от потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, побуждения к лечению и медицинской реабилитации. Настоящий Закон Санкт-Петербурга устанавливает основы правового регулирования профилактики правонарушений в Санкт-Петербурге, определяет принципы и основные направления деятельности органов и учреждений системы профилактики правонарушений, а также регулирует отношения органов государственной власти Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления в Санкт-Петербурге, организаций и граждан, участвующих в деятельности по профилактике правонарушений в Санкт-Петербурге. Образовательные организации в установленном порядке обеспечивают психологическую, медицинскую и социальную реабилитацию подростков с девиантным поведением, включая коррекцию их поведения и адаптацию в обществе, а также создают условия для получения ими начального общего, основного общего и среднего профессионального образования.

Закон Санкт-Петербурга о профилактике безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних в Санкт-Петербурге № 170–20 от 20.04.2005. Закон Санкт-Петербурга устанавливает основы правового регулирования системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге, определяет формы участия негосударственных учреждений и организаций в профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Санкт-Петербурге, определяет политику Санкт-Петербурга в сфере профилактики безнадзорности.

Распоряжение № 2 Правительства Санкт-Петербурга от 18.01.2016 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Санкт-Петербурга при организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении». Настоящий Порядок определяет общие условия организации межведомственного взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Санкт-Петербурга при организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении.

Закон Санкт-Петербурга от 21.09.2011 № 541-106 «О профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, наркомании в Санкт-Петербурге» (с изменениями на 10.06.2015 г.). В Законе основные принципы профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ





признают особую значимость профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, наркомании среди несовершеннолетних.

*Арпентьева М. Р.*

## АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОМАНИЙ

Наркомании как заболевания сложной этиологии и природы находятся на пересечении различных классификаций болезней. Вклад соматических, психических и социальных деформаций в возникновение и развитие наркоманий бывает различен, однако всегда присутствуют все типы нарушений: в виде причин, проявлений и последствий. Кроме того, с наркоманиями тесно связан целый ряд иных нарушений, объединенных понятием зависимостей (аддикций), навязчивая потребность в определенном виде деятельности и отношений и неспособность/нежелание и неготовность ее самостоятельно прекратить: компульсивная вовлеченность, связанная с синдромами отмены или «ломки» (compulsive engagement, withdrawal syndrome) и сенсбилизации, как усиленный ответ на стимул в виде обратной толерантности (reverse tolerance, escalating effect) и привыкания — прямо толерантности. При этом, наркомании как субстанциональные зависимости часто противопоставляются несубстанциональным, психологическим, в частности, как причина первых, выступают физиологические и генетические дисфункции, как причина вторых — интенсивный и продолжительный негативный, (ди)стрессовый опыт детства (adverse childhood experiences, ACE), включая физическое или сексуальное насилие, психологическое и нравственное насилие, пренебрежение и отчуждение в отношениях в семье и образовательных учреждениях, наличие «трудных родителей», например, находящихся в заключении или страдающих психическим заболеванием и т. д. Однако грань между этими болезнями и даже их причинами не установлена достоверно и существует в виде гипотез и теорий, но не в виде фактов. Здесь представляется важным осмыслить вклад десакрализации как фактора, способствующего возникновению и развитию зависимости от разного рода ПАВ, выделить в современной науке и практике ведущие идеи относительно возникновения и коррекции наркологических нарушений в контексте феноменов десакрализации и ресакрализации, утери и восстановления смысла жизни. Исторически проблема наркоманий изучалась преимущественно как проблема медицинская (психиатрическая) и социальная, в том числе проблема дезадаптивного или частично адаптивного поведения. В XX веке длительное время в центре внимания врачей находилась не конкретная личность с болезненно деформированным внутренним миром и патологизирующей средой обитания, а «дезадаптированный» больной. «Дезадаптированность» означала недостаточную приспособленность к выполнению социальных функций и/или уклонение от их выполнения, которые были связаны с признаками социального «снижения» (деградации) и конфликтов с социальной средой (более или менее близким окружением). О личности больного алкоголизмом или наркоманией как предмете реабилитации вопрос, как правило, не стоял. Более того, до сих пор, вопреки неоднократному признанию алкоголя и табака наркотиками, в понятие «наркологический больной» алкоголизм как алкогольная зависимость





не включается. Алкоголизм рассматривается отдельно от иных наркоманий, а люди, употребляющие алкоголь (в относительно малых дозах) и табак (в любых дозах), вообще не считаются больными. Аналогично общество скорее поощряет, чем запрещает алкоголизм и табакокурение, как и иные виды химических и нехимических зависимостей. Это тем более интересно, что в самой группе «наркоманий» специалисты, ученые и практики, до сих пор выделяют целый спектр различных по своим социальным и медицинским последствиям групп, исследуя особенности разных видов наркоманий. Все это существенно затрудняло и затрудняет исследование и решение проблемы, выделение единых, смыслообразующих основ наркоманий и их исцеления, поскольку разделяет наркомании как психофизиологические зависимости на а) разрешенные и поощряемые социумом виды потребления наркотических веществ и б) на запрещенные. Более того, само изучение наркоманий лицами, лично не заинтересованными в прекращении употребления веществ, модифицирующих состояние сознания и формирующих зависимости, представляется с научной точки зрения сомнительным («эффект экспериментатора» и иные побочные эффекты тенденциозной интерпретации результатов могут свести на нет все достижения ученых).

Однако в современной науке и практике наркомания рассматривается и с точки зрения ее социальных и психологических основ (предпосылок, последствий и методов помощи), в том числе в контексте понятия об аддикциях и их видах. Кроме того, в последнее время все больше внимания уделяется психологическим и социальным аспектам наркоманий, в том числе рассмотрению наркоманий как социально опасных и значимых болезней, связанных с деформациями нравственных аспектов отношений человека к себе и миру, к жизни в целом, с порождающими эти деформации микросоциальными и макросоциальными стрессами, нравственно, психологически и физически травмирующими больных условиями жизни. Особое внимание уделяется проблемам макросоциальных стрессов и нестабильности социальных отношений как важного фактора возникновения и развития, а также массового распространения наркоманий, превращения наркоманий в хотя и нарушенную, но повседневность. Так, потребление алкоголя, табака (никотина), марихуаны и т. д. давно стало практически нормой, с которой сообщества борются лишь постольку, поскольку употребляющие их не втянуты в иной, более значимый микросоциальный или макросоциальный конфликт или иное, затрагивающее большие массы, нарушение. Еще один вариант — когда у сообществ есть понимание и воля к изменениям, продуктивному преобразованию себя и мира.

Наркомании определяются как хронические заболевания, вызываемые злоупотреблением лекарственными или нелекарственными наркотическими средствами. Для них свойственно возникновение и развитие патологического влечения к наркотическому средству (психическая зависимость), изменение толерантности к наркотическому средству с тенденцией к увеличению доз и развитием физической зависимости, проявляющейся абстинентным синдромом, при прекращении приема наркотических веществ. Наркотиками называют сейчас запрещенные психоактивные вещества вне зависимости от их фармакологических свойств (illegal drugs). Однако в своем начальном смысле наркотик означал химический агент, вызывающий ступор или торможение сознания, кому или



потерю сознания и/или нечувствительность к боли (narcotic drugs). В этом, первичном, смысле возникает возможность поиска общих причин наркоманий как нарушений, связанных с десакрализацией и разрушением смысла жизни больных. Очевидно, что эти процессы тесно связаны с социальным неблагополучием в целом. Наркомании — яркий сигнал деформации культуры, психологически и социально связанный с отказом от запретов, трансгрессивным выходом человека за рамки декларируемых ценностей любви, здоровья и т. д., совершаемый в результате массовой дереференции ценностей (десакрализации) в процессе удовлетворения сообществом и его членами своих все более растущих желаний (консюмеризм). Кроме того, трансгрессия и десакрализация в форме отрицания смысла жизни, ведущие к разрушению личности наркологического больного, ее деформациям, являются не только результатом социальных и иных кризисов во внешнем мире, но и результатом патологической личностной организации. Например, фиксация человека на собственных и чужих желаниях и отказ считаться с нуждами — своими и иных людей — основа нарциссического или диссоциального личностных расстройств. Обычная причина этого — неудачная или незавершённая интроекция позитивных патерналистических объектов, отсутствие или отрицание наличия данных объектов в жизненной реальности больного. Наркомания часто осмысливается психологами, священнослужителями и другими исследователями ее экзистенциальных аспектов как «смерть при жизни»: как духовная смерть или болезнь человека, возникающая в связи с крушением и осмеянием человеком духовно-нравственных основ своего и социального бытия. И чем более тотально такое отвержение нравственности самим человеком и окружающим его сообществом, чем больше социальный кризис затрагивает собственно нравственные аспекты отношений, тем больше в нем страдающих от наркоманий.

*Ахматчина Т.В.*

## МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СФЕРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ (НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ДПО ФРУНЗЕНСКОГО РАЙОНА СПБ ГБУЗ ГНБ)

---

Выявление лиц с наркотическими проблемами до настоящего времени вызывает большие трудности. Фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных запущенных случаев наркоманий, токсикоманий и алкоголизма.

Совокупность неблагоприятных биологических, психологических и социальных факторов не всегда ведет к злоупотреблению психоактивными веществами и формированию зависимости от них. И, наоборот, при видимом отсутствии неблагоприятных факторов внутренней и внешней среды может иметь место злоупотребление алкоголем, наркотиками и токсическими веществами.

Эксперты ВОЗ считают, что наиболее общими и распространенными факторами риска являются:



- Неблагоприятная семейная атмосфера, особенно если родители злоупотребляют алкоголем или страдают психическими заболеваниями;
- Неправильное воспитание детей с трудным характером;
- Отсутствие взаимопонимания и заботы со стороны родителей и старших братьев и сестер;
- Воспитание ребенка в неполной семье без четкого распределения ролей и функций;
- Убеждение, что употребление психоактивных веществ не является противоречием здоровому образу жизни;
- Доступность, обилие информации о действии ПАВ и мода на употребление отдельных видов ПАВ;
- Позитивное отношение к употреблению ПАВ в обществе и со стороны сверстников.

Определены также некоторые защитные факторы, препятствующие употреблению ПАВ:

- Крепкие семейные узы и традиции семьи;
- Положение, когда родители следят за поведением своих детей, постоянно вовлечены в их жизнь и подают детям пример правильного поведения в семье и обществе;
- Успехи ребенка в школе, в спортивных и общественных организациях;
- Соблюдение окружающими общественных норм в употреблении запрещенных психоактивных веществ;
- Сформированное чувство ответственности за самих себя, свою семью, свой класс, свой коллектив;
- Способность ребенка выбирать из огромной массы продуктов потребления лишь то, что действительно заслуживает потребления (в том числе и культурного);
- Способность ребенка систематизировать и творчески перерабатывать потоки информации в зависимости от их ценности;
- Соблюдение правил гигиены, сбалансированного регулярного питания, режима сна и отдыха (то есть того, что мы называем здоровым образом жизни);
- Удовлетворение естественной потребности в любви, общении, доброжелательности, защищенности.

Профилактическая деятельность, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями медиков, психологов, сотрудников правоохранительных органов, воспитателей, учителей, социальных работников.

Во Фрунзенском районе на протяжении нескольких лет ведется активная работа по первичной профилактике потребления ПАВ в детско-подростковой среде



посредством регулярных лекций, бесед и семинаров, проводимых для родителей учащихся средней школы, лицеев и колледжей. По многолетним наблюдениям выявлена важнейшая роль семьи в вопросах формирования поведения, противодействующего рискам потребления ПАВ.

Необходимо добавить, что до сих пор не создана система целенаправленной подготовки кадров для работы в сфере первичной профилактики потребления ПАВ. Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения злоупотребления ПАВ детьми и молодежью.

*Ахмедзаде Н. Р.*

## ОБРАЗ «Я» В КОНТЕКСТЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ

---

Исследование посвящено наркомании и алкоголизму, которые из предметов узкой области психиатрии проникли в социум, разрушая личность и самосознание зависимых людей. Страдают не только больные, но и их семьи, которые оказываются в сложной ситуации, стремясь им помочь. Исследование личности зависимых необходимо для восстановления зависимого человека, с психологической точки зрения.

Рассматривая образ «Я» у больных наркоманией и алкоголизмом, мы интересовались представленностью болезни в самосознании, изменениями личности в течение болезни и субъективным отношением больного к зависимости. Образ «Я» является частью субъективного опыта и обладает структурой: «вертикальная организация» [Шильштейн Е. С., 2000] идет от глубинных, неосознаваемых слоев, соответствующим самоощущению, ко все более дифференцированным, культурно или социально опосредованным, осознанным слоям. Совершение поворотных событий в жизни человека вызывает изменение социальной ситуации, развития личности, ведет к смене ролей, которые человеку приходится играть, к изменению круга лиц, включенных во взаимодействие с ним, спектра решаемых проблем и образа его жизни [Шабанов П. Д., 2003]. Совершение таких этапных событий любой модальности (как позитивных, так и негативных) приводит к личностному изменению, перестройке всей системы «Я» и весьма болезненного переживания личностью [Березин С. В., Лисецкий К. С., 2000]. Именно таким поворотным событием в жизни зависимого становится начало приобретения предмета аддикции.

Важным аспектом нашего исследования была семейная ситуация зависимых, а также их отношение к семье. Развитию самой зависимости и негативному влиянию этой зависимости на «Я» в контексте семейных отношений может послужить, естественно, неблагоприятная семейная ситуация, то есть дети из неполных, неблагополучных семей чаще подвержены этому процессу. Примечательно то, что зависимые в большинстве случаев описывают семейную ситуацию как положительную. По данным исследования, это лишь проявляется на эксплицитном уровне (в ходе беседы), на имплицитном уровне,



с помощью методики Рисунка семьи это не подтверждается. Респонденты или не рисуют себя, или изображают семью как неполную.

Мы предположили, что самоотношение у зависимых людей имеет внутренне противоречивый характер, что проявляется на глубинной и поверхностной картинах образа «Я». Предполагается, что положительно презентуемая социальная картина «Я» сочетается с негативной глубинной картиной. Также была выдвинута гипотеза о том, что у наркоманов наблюдается более негативное самоотношение по сравнению с алкозависимыми. При сопоставлении самоотношения нарко- и алкозависимых, в связи с большим социальным неодобрением наркомании наблюдается более негативное и конфликтное отношение к себе со стороны наркозависимых по сравнению с алкозависимыми. Зависимые люди ощущают себя изолированными от семьи, чувствуют себя отвергнутыми, одинокими и ненужными.

Нами было проведено исследование, в одном из наркологических диспансеров города Баку (Азербайджан). В исследовании приняли участие 62 человека, возраст которых колеблется от 18 до 57, из них 22 из группы алкозависимых, а 40 из группы наркозависимых. В группе алкозависимых исследование прошли: 1 женщина и 21 мужчина. В группе наркозависимых исследование прошли: 2 женщины и 38 мужчин.

В ходе исследования были использованы следующие методики: «Рисунок семьи», «Рисунок Автопортрет», «Рисунок несуществующего животного» (РНЖ), «Пиктограммы», «Дембо-Рубинштейн», «цветовой тест Люшера». С помощью таких методик как: РНЖ, теста Люшера мы смотрели на глубинное самоотношение у зависимых. Для рассмотрения, социально презентуемого «Я» мы провели методики: Дембо-Рубинштейн, автопортрет (рисунок). При анализе исследования по отдельным методикам, для начала была проведена обработка результатов по методике Люшера с помощью  $\chi^2$ , по результатам которого было установлено, что частота встречаемости сочетания цветов «черный-синий», «черный-желтый» у наркоманов наблюдается больше, чем у алкозависимых, у которых в свою очередь больше частота выбора зелёного цвета. Из этого следует, что наркозависимый человек страдает от неблагоприятных внешних воздействий, которые он воспринимает как мучительные и удручающие, и в результате оказывает им сильное сопротивление. Наркозависимый пытается избавиться от проблем, абстрагироваться от трудностей и напряжения, принимая неожиданные, своевольные и необдуманные решения. Зависимый человек отчаянно ищет решение проблемной ситуации, способен на безрассудное поведение, вплоть до самоубийства. А у алкозависимых людей, по результатам методики, проявляется стремление к самоутверждению, к отстаиванию своих позиций. Им присуща некоторая агрессивность, которая, возможно, носит защитный характер. Алкозависимый человек хочет завоевать признание и занять лидирующее положение, для самостоятельного преодоления трудностей ему необходимо волевое напряжение, при принятии решений опирается на собственное мнение и на имеющийся жизненный опыт. По результатам, которые мы получили по этой методике, было выявлено, что при сопоставлении самоотношения нарко- и алкозависимых, в связи с социальным неодобрением наблюдается





худшее отношение к себе со стороны наркоманов по сравнению с алкозависимыми. Алкоголики изображают себя более инфантильными — здесь наблюдается противоречие между 2 методиками, которое может быть объяснено — рисунок семьи адресуется к более осознанном слою самопрезентации, то есть наблюдается демонстративное — и манипулятивное — преуменьшение собственной самостоятельности и совладательности, что противоречит истинной, вернее, глубинной, картине «Я» — реально ощущают себя гораздо менее инфантильными и беспомощными. Это в целом соответствует представлениям о том, что алкогольная зависимость предполагает использование ресурсов других людей в действиях, на которые реально алкозависимый вполне способен.

Таким образом, мы предложили, что существует разница между социально презентуемым «Я» и глубинным «Я», как на уровне общества, так и внутри семьи. Мы видим важность этой темы в современном мире и необходимость в дальнейшем ее изучении.

*Бардиашвили К. В., Базылева С. Ю.*

## ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ЧУСО ДЕТСКАЯ ДЕРЕВНЯ — SOS ПУШКИН» С ОРГАНИЗАЦИЯМИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В СФЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ

---

ЧУСО «Детская деревня-SOS Пушкин» имеет два программных направления деятельности: программа альтернативной опеки детей, оставшихся без попечения родителей, и программа профилактики социального сиротства «Укрепление семьи», помогающая предотвращать потерю детьми родительской опеки.

Программа профилактики социального сиротства «Укрепление семьи» имеет следующие направления деятельности:

- Помощь детям из неполных семей; семей в бракоразводном процессе; многодетных семей; детям, сталкивающимся с конфликтами и домашним насилием;
- Помощь детям из семей, затронутых проблемой алкогольной и наркотической зависимости;
- Помощь детям из семей, живущих с ВИЧ.

Программы укрепления семьи работают по технологии кейс-менеджмента (управления случаем). Управление случаем — это подход к предоставлению услуг, способ организации и координации услуг, предоставляемых семьям для сохранения ребенка в заботливом семейном окружении.



На этапе приема семьи в программу кейс-менеджер (специалист по социальной работе) получает информацию об уровне кризисности семьи, обстоятельствах, повлекших за собой трудную жизненную ситуацию. В процессе работы специалиста с семьей происходит оценка потребностей каждого из ее членов и составляется индивидуальный план работы, выполнение которого означает достижение семьей уровня самодостаточности в удовлетворении потребностей.

Не всегда клиент приходит с пониманием своих проблем, пытаясь скрыть свое зависимое поведение, прикрываясь отсутствием взаимопонимания и поддержки семьи. На этом этапе специалист прибегает к помощи графических методов оценки, таких как эконокарта и генограмма, что позволяет просмотреть нарушение родственных связей, зависимости и созависимости, выявить источники стресса и тревог членов семьи. По треугольнику потребностей (модель My World Triangle) специалист совместно с клиентом просматривает сильные стороны семьи и те области, в которых требуется мгновенное или долгосрочное вмешательство. Использование графических методов в рамках технологии кейс-менеджмент позволяет увидеть полную историю семьи и/или отношений между супругами, провести параллели между дисфункциональными отношениями в роду. Для более успешной ресоциализации и исходя из готовности клиента, кейс-менеджер консультирует по вопросам оформления социальных выплат и пособий, получения медицинских и юридических услуг, восстановления документов, трудоустройства, детско-родительским отношениям.

Для реализации индивидуального плана работы с семьей может потребоваться поддержка партнерских организаций. С клиентом обсуждается возможность и в некоторых случаях острая необходимость обращения в организации профильной направленности. При согласии и готовности клиента специалист Программы совместно со специалистом партнёрской организации вносит корректировку в план индивидуального развития семьи и разделяет обязанности по его выполнению. Взаимодействие и разделение задач дает возможность качественно и своевременно отслеживать улучшение семейной ситуации и достижение самодостаточности.

Неготовность клиента обратиться в государственные учреждения, оказывающие социальные услуги населению, по наблюдениям специалистов Программы, чаще всего связаны с боязнью разглашения личных данных, с общественным порицанием и осуждением со стороны государственных учреждений, а также контролем со стороны образовательных учреждений, если вопрос касается воспитания детей, отдела опеки и попечительства, если имели место жалобы со стороны родственников и субъектов профилактики. Клиент не ощущает себя защищенным государством и субъектами, реализующими социальную политику, и чувствует только давление и требования со стороны субъектов профилактики.

Для повышения эффективности межведомственного взаимодействия и в качестве одной из своих целей мы, как организация, видим необходимость информировать клиентов о возможностях для реализации своих прав, которые он может получить при обращении как в государственные учреждения, так и в некоммерческие учреждения, стать не «жертвой», а «партнером» в разрешении





трудных жизненных ситуаций, принимать и нести ответственность за свои поступки и отстаивать свои права и интересы.

*Бакин А. А.*

## РЕИНТЕГРАЦИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

---

Парадигма социальной реинтеграции предусматривает личностно-ориентированный подход как к эпизодическим наркопотребителям, так и к лицам с выраженной патологической зависимостью (после прохождения соответствующего лечения) с учетом их индивидуальных особенностей, анализа внешних негативных факторов в целях оптимизации социального обслуживания, восстановления статуса (в широком понимании), а также для включения реабилитанта в общественные и трудовые отношения [Сидоров П. И., 2006; Демчук С. Д., 2012].

В ряде работ, посвященных проблемам реабилитологи, реинтеграция отождествляется с ресоциализацией [Бакаева Е. К., 2009; Исаев В. А., 2012], хотя многие авторы склонны к более расширенной трактовке именно термина «ресоциализация» [Шкатулла В. И., 2016; Бакин А. А., Иванищев А. В., 2017]. По нашему мнению, под социальной реинтеграцией следует понимать сложный, многоступенчатый и протяженный во времени процесс «возвращения» больного наркоманией в общество, преодоления отчуждения и стигматизации. Реинтеграция наркопотребителей самым тесным образом связана с реадaptацией, которая представляет собой комплекс лечебно-профилактических, психологических, педагогических мероприятий, нацеленных на формирование компенсаторных навыков, избавление от аддиктивного поведения, повышение социально-биологической устойчивости.

Особое место среди различных категорий граждан, зависимых от психоактивных веществ, находящихся на социальном обслуживании, занимают женщины, покинувшие исправительные колонии и направленные в социальные центры представителями уголовно-исполнительных инспекций. Специфика указанного контингента заключается в том, что бывшие осужденные наркопотребители (особенно женщины) зачастую демонстрируют нежелание и (или) неспособность к самостоятельному продуктивному построению социально одобряемых, конструктивных стратегий поведения.

Как правило, уже при первом знакомстве со специалистом женщины с «обширным» наркологическим и криминальным анамнезом занимают выжидательную позицию, дистанцируются от собеседника. Вышеуказанные обстоятельства позволяют прийти к заключению о необходимости привлечения членов семьи наркозависимых женщин к активному участию в осуществлении комплексной реабилитации, особенно в плане создания «лечебной перспективы».

Целью нашего исследования явилось изучение и сравнительная оценка общего состояния (преимущественно психического) наркозависимых женщин, освободившихся



из мест лишения свободы, до и после окончания ими курса психотерапии (в рамках процесса «ресоциализации — реинтеграции»). Психотерапевтическое воздействие было направлено на поиск и мобилизацию внутренних резервов с отработкой приемов оказания само и взаимопомощи, с формированием навыков преодоления срывов, тревоги, депрессии, суицидальных тенденций, а также на овладение методом аутогенной тренировки, на улучшение внутрисемейных отношений. Длительность каждого курса, в зависимости от состояния и запросов конкретного клиента, составляла от одного до трех месяцев. Частота сеансов: два индивидуальных и два групповых в неделю. Применялись следующие виды психотерапии: гипносуггестивная, когнитивно-поведенческая, групповая, семейная. В одном случае использовались методы нейролингвистического программирования.

Одним из способов оценки эффективности психотерапевтических методов была регистрация психологом динамики психического состояния той или иной женщины с акцентом на темпы редукции заявленной проблемы. Для объективизации оценки состояния респондентов использовались психометрические шкалы.

Исследование проводилось на базе Центра социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга, женской консультации № 37 (поликлиника № 100) с ноября 2016 г. по август 2017 г. В исследовании приняли участие 22 женщины в возрасте от 23-х до 30-ти лет.

На момент ареста лишь 2 человека (9 %) являлись сотрудниками коммерческих организаций (занимались низкоквалифицированной работой). На период начала проведения обследования 6 человек (27 %) были трудоустроены.

Образовательный уровень женщин выглядел следующим образом: незаконченное высшее образование — 1 (4,5 %) человек, среднее специальное — 2 (9 %), были отчислены с первых курсов вузов — 4 (18 %), имели среднее образование — 5 (22,5 %), неполное среднее образование — 10 (45,5 %) человек.

До ареста состояли в зарегистрированном браке девять человек (в дальнейшем у семи из них брак распался). Пять интервьюированных женщин официально оформили свои брачные отношения после освобождения из колонии. Четыре человека поставили в известность психолога о наличии у них нетрадиционной сексуальной ориентации. Тринадцать человек проживали в квартирах ближайших родственников (свои отношения с родственниками женщины оценивали как «нормальные»). 18 (81 %) женщин, из числа обследованных, имели несовершеннолетних детей. Пять женщин ранее были лишены родительских прав.

Сведения о наследственной отягощенности психическими заболеваниями (в том числе наркоманиями и хроническим алкоголизмом) поступили от 10 (44,5 %) человек. ВИЧ-инфицированы — 11 (50 %) женщин, наблюдались у фтизиатра — 9 (40,5 %).

Использование психометрических шкал позволило выявить следующую редукцию средних баллов (до и после прохождения курса психотерапии):



- шкала для оценки выраженности депрессии (до оказания психотерапевтической помощи:  $17,25 \pm 3,9$ ; после оказания психотерапевтической помощи:  $10,15 \pm 3,6$ ; редукция баллов  $6,1 \pm 4,12$ );
- шкала общего клинического впечатления — тяжесть состояния ( $3,48 \pm 0,88$ ;  $2,40 \pm 0,51$ ; редукция баллов  $1,08 \pm 0,58$ );
- шкала общего клинического впечатления — улучшение ( $4,28 \pm 0,61$ ;  $2,42 \pm 0,77$ ; динамика баллов  $1,86 \pm 0,35$ );
- шкала тревоги Гамильтона — ( $14,92 \pm 6,02$ ;  $7,21 \pm 3,11$ ; редукция баллов  $7,71 \pm 3,14$ );
- шкала самооценки депрессии Бека — ( $25,24 \pm 4,04$ ;  $16,36 \pm 3,55$ ; редукция баллов  $8,88 \pm 3,04$ );
- шкала социального и профессионального функционирования — ( $43,19 \pm 3,14$ ;  $74,99 \pm 6,0$ ; рост показателей  $31,8 \pm 8,73$ ).

Данные показатели демонстрируют значительное улучшение психофизиологического состояния обследованных, оптимизацию межличностных отношений, а также эффективность выбранных нами психотерапевтических методов.

После проведенного курса психотерапии реабилитанты сообщили об отсутствии у них тревоги, пониженного настроения, раздражительности. По словам женщин, исчезло чувство подавленности, безысходности, одиночества, возросла самооценка, появилось стремление к самоутверждению, самореализации и самоконтролю. Все 22 человека выразили желание в будущем продолжить посещение тренинговых занятий (особенно в рамках семейной психотерапии), культурно-массовых мероприятий. К сожалению, в промежутки от трех недель до трех месяцев (после указанных событий) 4 человека допустили «срывы» и были госпитализированы. Оставшимся женщинам (18 человек) была оказана помощь в трудоустройстве. Необходимо особо отметить, что девять человек в свободное от работы время стали принимать участие в деятельности различных волонтерских организаций и в работе общества «Анонимные Наркоманы».

Подводя итоги, следует отметить, что социально-психологическое сопровождение наркозависимых женщин, из числа бывших осужденных, с использованием психотерапевтических технологий обеспечивает быстрое и надежное восстановление психофизиологического равновесия, ранее нарушенной (или даже утраченной) социальной мобильности, функциональной эффективности реабилитантов в различных сферах жизнедеятельности; положительно сказывается на их результативности в процессе реинтеграции, в процессе формирования качественно новой, самодостаточной личности, способствует преодолению разрыва между ожиданиями, потребностями и существующими нормами.



*Бевзюк А. В.*

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ, НАХОДЯЩИХСЯ В РЕМИССИИ

---

В настоящее время ресоциализацией лиц, употребляющих психоактивные вещества, занимаются не только специализированные стационарные и амбулаторные медицинские учреждения, благотворительные общественные и религиозные организации, группы взаимопомощи, но и учреждения социального обслуживания населения.

15 февраля 2018 года в СПб ГБУ СОН «Центр социальной помощи семье и детям Адмиралтейского района» при отделении помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, включающем службу сопровождения ВИЧ-инфицированных граждан с детьми, была создана служба социального сопровождения лиц зависимого и созависимого поведения. Основной целью службы является включение потребителя психоактивных веществ, находящегося в ремиссии, в здоровое общество. Задачами являются: формирование устойчивой мотивации на отказ употребления, формирование нового социального статуса, нового образа жизни, позитивного мышления, трудоустройство, гармонизация отношений с ближним окружением.

Для эффективной работы службы психологи проводят психологическую диагностику получателя социальных услуг, направленную на выявление особенностей эмоционально-волевой и личностной сфер, способов межличностного общения. По результатам психологического исследования специалисты получают рекомендации по взаимодействию с получателем социальных услуг.

Основными методами диагностики являются: наблюдение, интервью, стандартизированные методики, такие как: 16-факторный личностный опросник Кеттелла; «Минимум» (Березин Ф. Б., Мирошников М. П.), проективные методики, например: «Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур» (Либин А. В.), Незаконченные предложения Сакса-Леви, Тест руки (Вагнер Э.).

В ходе проведения диагностических обследований было замечено, что достоверность полученных результатов может отличаться в зависимости от длительности ремиссии.

Женщины, употреблявшие ПАВ и находящиеся в длительной устойчивой ремиссии, достаточно открыты. Они заинтересованы в достоверных результатах, поэтому на вопросы стандартизированных тестов и в ходе беседы стараются отвечать честно, полно. Охотно выполняют задания из проективных методик. Как правило, результаты всех диагностических методик свидетельствуют об одних и тех же личностных особенностях, раскрывая более подробно акцентированные черты.



Женщины, имеющие зависимость, находящиеся в неустойчивой ремиссии, либо стремятся преподнести себя в лучшем свете, либо заведомо негативно относятся к психологической диагностике.

Женщины, которые стараются отвечать социально приемлемо, часто имеют повышенный уровень тревожности, поэтому во время проведения диагностики интересуются у психолога, как правильно нужно ответить. Даже во время рисуночных тестов стремятся получить одобрение. Они стараются не признавать своих затруднений. При этом соглашаются с полученными результатами, которые могут быть различными, в зависимости от метода.

При негативном отношении к диагностическому обследованию стандартизированные методики заполняются в хаотичном порядке вне зависимости от вопросов. Во время интервью женщина отвечает, как правило, односложно, не давая возможности получить более развернутую информацию. В таком случае основные результаты основываются только на проективных методиках и наблюдении.

Также было замечено, что женщины, имеющие большой опыт употребления психоактивных веществ, но находящиеся в ремиссии не всегда могут точно понять вопрос. Они испытывают трудности с концентрацией внимания, поэтому психодиагностические тесты с большим количеством вопросов с течением времени начинают заполнять без разбора. В этом случае достоверность результатов, полученных с помощью стандартизированных методик, снижается.

Таким образом, можно отметить, что одним из самых доступных методов психологической диагностики женщин, имеющих наркотическую зависимость, находящихся в ремиссии, является наблюдение, так как сбор информации, как правило, не влияет на ход событий и не препятствует естественности психических проявлений наблюдаемых. Но в тоже время психолог не всегда точно может установить причину наблюдаемых явлений. Также произвольная пристрастность наблюдателя может повлиять на результат.

Беседа помогает получить более полную по содержанию информацию. Но только в том случае, если женщина настроена на работу с психологом и не стремится показать себя с лучшей стороны.

Проективные методики достаточно хорошо принимаются женщинами, так как они редко подозревают о типе психологической интерпретации, которая будет дана. Валидность и надежность таких методов крайне низка, поэтому результаты не могут считаться однозначными. Поэтому результаты проективных методик необходимо соотносить с полученными стандартизированными методиками.

Применение стандартизированных методик в случае с женщинами, имеющими наркотическую зависимость и находящимися в ремиссии, не всегда дает возможность получить точный результат в связи с особенностями характера и когнитивной сферы.



*Беляев А. В.*

## СООБЩЕСТВО «АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ» КАК РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

---

Большой общественной проблемой остается высокий уровень алкоголизации населения. Алкоголизм продолжает истреблять население России. Социологическая статистика показывает, что нет такой семьи, которую так или иначе не затрагивала бы проблема алкоголизма.

Решение проблемы алкоголизма требует комплексного подхода. Кроме правовых мер, необходимо приложить усилия для формирования трезвой субкультуры, одним из сегментов которой являются группы самопомощи Содружества анонимных алкоголиков.

Анонимные Алкоголики (АА) — это всемирное Содружество, насчитывающее более 4-х с половиной миллионов членов — мужчин и женщин, объединившихся для совместного решения своих проблем и помощи тем, кто пытается найти исцеление от алкоголизма.

Единственное условие для того, чтобы стать членом АА, — это желание бросить пить. Члены АА не платят ни вступительных, ни членских взносов; они сами себя содержат благодаря добровольным пожертвованиям, сообщество АА не связано с какой-либо сектой, вероисповеданием, политическим направлением, организацией или учреждением, не вступает в полемику ни по каким вопросам, не поддерживает чьи-либо интересы. Основная цель участников движения — оставаться трезвыми и помочь другим алкоголикам обрести здоровый образ жизни. АА не занимается агитацией или вербовкой в свои ряды. Не претендует на исключительность своих методов, ни на кого не наклеивает ярлык алкоголика, предоставляя каждому желающему самому поставить себе диагноз.

В основе методов лежит программа исцеления от алкоголизма «12 шагов». Очень и очень многим людям эта программа помогла и помогает освободиться от алкогольной и наркотической зависимости. Главным условием для успешного действия этой программы является честность. Честность, прежде всего, по отношению к себе.

Эти 12 шагов, или этапов, по сути, являются христианскими, духовными принципами. Они настолько просты, что их способен понять даже человек с затуманенным алкоголем или наркотиком сознанием.

Модель трезвой субкультуры, построенной на вышеизложенных принципах, практикуется Содружеством Анонимных алкоголиков. Как общественная организация Содружество АА функционирует на основе принципов самоорганизации, самообеспечения, анонимности, сотрудничества без присоединения.





«12 Шагов АА» — это синтез религиозных, научных и философских знаний. Программа содержит конкретные рекомендации, коренным образом изменяющие мировоззрение личности, направляя ее на непрерывное духовное развитие, как необходимое условие для поддержания трезвости.

Для так называемого алкоголика характерно присутствие нарциссического эгоцентрического ядра, где доминируют чувство собственного всемогущества и намерения любой ценой сохранить внутреннюю неприкосновенность. Эти качества присутствуют и при других расстройствах, но у подавляющего большинства алкоголиков они присутствуют почти в чистом виде.

Он, алкоголик, сам является хозяином своей судьбы и должен оставаться им и впредь. Он будет отстаивать свою точку зрения, во что бы то ни стало. Учитывая присутствие подобных черт характера, легко понять, почему такому человеку трудно признать чью-либо правоту. Но если алкоголик сможет по-настоящему признать существование Силы, более могущественной, чем он сам, то уже тем самым он вносит изменение в свою глубинную внутреннюю структуру, а когда он сделает это без сопротивления и борьбы, то он уже не будет являться типичным алкоголиком. Если в алкоголике будет сохраняться это внутреннее признание Высшей силы, он может и будет оставаться трезвым до конца жизни.

Пробуждение начинается тогда, когда человек перестает надеяться на собственное всемогущество. Непокорная личность отказывается от вызывающего поведения и принимает помощь, руководство и контроль со стороны. И по мере того, как человек освобождается от негативного и агрессивного отношения к себе и к жизни, он переполняется такими чрезвычайно позитивными чувствами, как любовь, дружелюбие, умиротворенность и глубокое удовлетворение, что является полной противоположностью прежнему беспокойству и раздражительности.

Важным фактором является то, что в этом новом душевном состоянии у человека больше нет никаких стимулов к пьянству.

Происходит подавление нарциссической составляющей характера, по крайней мере, на какое-то время, и вместо этого возникает гораздо более зрелая и объективная личность, способная позитивно и конструктивно воспринимать жизненные ситуации, не прибегая к помощи алкоголя. Все члены товарищества Анонимных Алкоголиков, которым удается сохранять трезвость, рано или поздно претерпевают такие же личностные изменения. Им необходимо избавиться от нарциссизма навсегда, в противном случае программа Анонимных Алкоголиков будет действовать только в течение какого-то периода времени. Обычно старания врачей-психиатров направлены на то, чтобы вызвать пациента на доверительный разговор, способствующий объективному самоанализу к окружающему. Необходимо его доверие и сотрудничество. Цель состоит в том, чтобы заставить пациента «раскрыться» и найти кого-то, кому бы он мог поведать о своем безвыходном положении. В большинстве случаев группа, состоящая из алкоголиков, добивается этих же целей, так как их простые, но действенные средства, очевидно, действуют эффективнее других методов лечения по следующим причинам:

1. Благодаря наличию у них собственного алкогольного опыта и успешного избавления от алкогольной зависимости они пользуются большим доверием у пациентов.





2. Благодаря этому изначальному доверию исходному опыту, а также тому, что разговор идет на моральные темы, пациент рассказывает о себе очень подробно и дает себе честную оценку. Он перестает быть одиноким и находит рядом с собой товарищей, с которыми может обсуждать свои проблемы по мере их возникновения.
3. Благодаря существованию Сообщества алкоголиков пациент так же может спасти других алкоголиков от саморазрушения. Пациент одновременно приобретает идеал, любимое занятие, требующее, впрочем, усилий, а также социальную жизнь в кругу других бывших алкоголиков и членов их семей. Это очень мощные факторы, помогающие пациенту полностью раскрыться.
4. Поскольку вокруг много объектов доверия для пациента, он может обращаться к отдельным людям, изначально вызвавшим его доверие, к группе алкоголиков в целом или же к Высшей силе. Необходимо отметить, что религиозный фактор с самого начала имеет наиважнейшее значение. Новичкам не удастся сохранять трезвость, когда они пытаются следовать этой программе, но не обращаются к Богу, или, по крайней мере, к Силе более могущественной, чем они сами и группа вместе взятая.

Уникальность социально-ориентированной общественной организации Содружество анонимных алкоголиков в том, что это, пожалуй, единственная общественная организация, которая берет на себя ответственность за смерть от алкоголизма. Каждое собрание группы Анонимных алкоголиков начинается с минуты молчания, во время которой собравшиеся вспоминают тех, кто погиб от этого заболевания, тех, кто, страдая, ищет дорогу к трезвости.

Учитывая социальную значимость деятельности Содружества АА, эта общественная организация нуждается во всесторонней поддержке, и прежде всего информационной, так как отсутствие информации порождает слухи, сплетни, искаженное восприятие, в конечном счете, отрицание.

Эта поддержка крайне необходима, как со стороны институтов государственной власти, так и со стороны научных и образовательно-педагогических институтов. Очень важно организовывать и проводить «круглые столы» и иные ведомственные и межведомственные информационные мероприятия с участием членов АА. Это сотрудничество также необходимо для врачей-наркологов, врачей смежных специальностей, фармацевтов, сотрудников департаментов социальной защиты, опеки, полиции, ФСИН, высших и специальных учебных заведений и иных государственных структур, сталкивающихся с проявлениями алкоголизма граждан или могущих повлиять на формирование трезвой субкультуры г. Санкт-Петербурга и России.

Трезвость АА имеет несколько аспектов: физическая трезвость — полное воздержание от всего, что изменяет сознание; психическая трезвость — отсутствие страха, обиды, гнева и других негативных эмоциональных переживаний; духовная трезвость — соответствие четырем абсолютам: любовь, честность, чистота, бескорыстие. Трезвость не является самоцелью. Это скорее духовное состояние, которое достигается тогда, когда вектор жизни направлен на достижение максимальной пользы в социальной и духовной сферах.



*Верещагин А. Б., Манушина Е. Н., Пойлова Е. В., Виноградова Т. Н.*

## «ГОРЯЧАЯ» ЛИНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ЦЕНТРА СПИД КАК ОДИН ИЗ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В марте 2017 года в связи с увеличением количества звонков по вопросам диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции, была запущена «горячая линия» Санкт-Петербургского Центра СПИД в Санкт-Петербурге. Причиной тому стала информационная кампания по профилактике ВИЧ-инфекции в городе, начатой СПб Центром СПИД в апреле 2016 года совместно с БФ «Гуманитарное действие», Ассоциацией «Е. В. А.», БФ «Диакония» и при поддержке Комитета по печати и взаимодействию со средствами массовой информации Санкт-Петербурга. Социальная реклама с призывом к тестированию на ВИЧ была размещена в вагонах метрополитена, на медиа-каналах общественного транспорта, электронных дисплеях, размещенных на стенах зданий.

В основном звонки на «горячую линию» поступают от пациентов СПб Центра СПИД и их близких, а также от людей, желающих узнать свой ВИЧ-статус. В большинстве случаев номер телефона «горячей линии» узнают из социальной рекламы и интернета.

Основные вопросы, поступающие на «горячую» линию:

1. Работа СПб Центра СПИД (52 %):

- а) Запись к специалистам, график работы отделений.
- б) Непредвиденные ситуации у пациентов СПб Центра СПИД (как попасть на приём без записи, закончилась терапия, побочный эффект при приёме АРВТ, срочный вопрос к врачу).
- в) Сотрудники медучреждений с вопросами по ВИЧ-статусу пациента или по алгоритму действий при выявлении ВИЧ-инфекции у их пациента.
- г) Обследование и дообследование на ВИЧ-инфекцию и гепатиты, в том числе от медицинских сотрудников, столкнувшихся с профессиональной травмой при оказании помощи пациентам.
- д) Постановка на диспансерное наблюдение в СПб Центре СПИД.
- е) Вопросы от близких и родственников людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, о том, как повлиять на последних, чтобы они обратились за помощью к специалистам Центра СПИД и начали лечение.

2. Как и где пройти тест на ВИЧ (28 %).

3. Риски заражения ВИЧ-инфекцией (20 %).

В период с 01.01.2018 по 09.08.2018 общее количество поступивших звонков 3410, из них 830 поступило во время Чемпионата Мира по футболу 2018. В период проведения



Чемпионата Мира по футболу 2018 с 15.06.2018 по 15.07.2018 был обеспечен круглосуточный режим работы «горячей» линии.

Из числа звонивших мужчины занимают около 40 %, женщины — 60 %.

Максимальное число звонков поступает в понедельник и пятницу, в среднем за рабочий день — 20,6 звонков. В среднем, продолжительность разговора составляет не более 2-х минут.

В период проведения Чемпионата Мира по футболу 2018 в среднем поступало 26,8 звонка в сутки. Важно отметить, что в стандартные рабочие часы (будние дни с 9.30 до 17.00) в среднем поступало 23,6 звонка. При этом 40,2 % звонков поступило вне обычного рабочего времени — с 17.00 до 9.30 и в выходные дни. Что говорит об актуальности работы «горячей линии» в круглосуточном режиме во время проведения массовых мероприятий.

Основной портрет звонивших во время проведения Чемпионата Мира по футболу 2018 не изменился (от иностранных граждан поступило 4 звонка из 830).

Вывод.

1. «Горячая» линия охватывает все виды профилактики ВИЧ-инфекции: первичную, вторичную и третичную.
2. Обеспечивает индивидуальный подход, анонимность разговора, доступность, в том числе для людей из других регионов РФ.
3. Дает возможность получить оперативный ответ и направить к компетентным специалистам для консультаций. Это снижает риск пациента столкнуться с устаревшей, искаженной или ложной, в том числе ВИЧ-диссидентского характера, информацией при самостоятельном поиске ответов в интернете.
3. Анализ поступающих звонков предоставляет возможность усовершенствовать работу СПб Центра СПИД, увидеть перспективы, идеи и направления в работе по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, а также информированию населения по данным вопросам.

*Городнова М. Ю.*

## **МОТИВАЦИЯ И УРОВНИ ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Мотивационная работа с наркозависимыми остается начальным и краеугольным камнем действенной и эффективной помощи им и членам их семей. Существующая система лечения и реабилитации ориентирована, прежде



всего, на единственный критерий эффективного лечения — «отказ от употребления психоактивного вещества». Признавая этот критерий как показатель выполнения «программы максимум», специалисты должны осознанно подходить к реалиям течения и прогноза хронических заболеваний, к которым, несомненно, относятся наркологические заболевания. Признанным критерием эффективности лечения хронических больных является критерий «улучшение качества жизни», носящий, прежде всего, субъективную оценку. Его объективная оценка ориентирована на потребности социума: сохранение социального статуса, социальных ролей, безопасности макро и микро окружения. Мотивация больных, их родственников и ожидания специалистов в плане лечения часто не совпадают, обуславливая ситуацию невозможных заказов, что, в свою очередь, затрудняет осознание истинной актуальной потребности больным, а значит, и возможности изменений поведения, поддержанных окружением. Оказываясь в ситуации невозможных заказов, специалист находится в зоне противоречий виденья ситуации пациентом и своим, или противоречий, когда «внешние» заказчики не имеют общего мнения относительно того, что могли бы сделать специалисты [Шлиппе А., Швайтцер Й., 2011]. Профессиональные и личные ценности медицинских специалистов вступают в конфликт с этической и практической ориентированностью государственных и коммерческих организаций здравоохранения, их бюрократическим аппаратом, что повышает риск выгорания [Gabel S., 2013]. Ориентированность на пациента позволяет преодолеть данные противоречия и снизить риск формирования СЭВ.

Принимая во внимание биопсихосоциальную природу наркологического заболевания, следует отметить, что потребление психоактивного вещества становится актуальной жизненной потребностью больного, меняя коренным образом мотивационную систему личности. Именно поэтому следует адаптировать общепринятые подходы к мотивации больных для формирования приверженности к лечению и реабилитации. Мы предлагаем выделять пять уровней оказания полипрофессиональной помощи и обозначаем основные фокусы лечебных интервенций на каждом из них. Выделение этих уровней основано на ведущей актуальной потребности пациента в отношении потребления психоактивного вещества [Городнова М. Ю., 2014, 2016, 2018].

Уровень 1. Активные потребители ПАВ, удовлетворяющие актуальную потребность в употреблении. Они не нуждаются в наркологической помощи и не обращаются за ней. Это контингент, на удовлетворение потребностей которого рассчитаны программы снижения вреда (предоставление жилья, условий безопасного потребления и т. д.). Оказание помощи пациентам первого уровня заключается в предоставлении им возможности удовлетворить их актуальные потребности, такие например, как потребность в безопасности, базовые потребности в питании, сохранении жизни и здоровья. Они не нуждаются в специализированной помощи, а обращаются в наркологический стационар из-за отсутствия у них жилья, еды, в ситуации преследования со стороны правоохранительных органов и т. д. Такие пациенты, как правило, при возможности удовлетворения их потребностей за пределами стационара покидают его. Признание их потребностей, отказ от обвинений и принуждения к лечению и реабилитации позволяет сохранить их доверие к системе оказания наркологической помощи и обеспечивает возможность формирования у них потребности в отношении прекращения употребления ПАВ, как условия желаемых жизненных изменений.



Уровень 2. Активные потребители ПАВ, обратившиеся за специализированной помощью, но без мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это пациенты, которые стремятся «сбить дозу» и вернуться к «контролируемому» употреблению. Их обращение в наркологическую службу связано с желанием облегчить страдания, обусловленные употреблением, но не прекратить его. На этом уровне пациенты заинтересованы в получении наркологической помощи для облегчения последствий употребления. Обычно они рассчитывают на возможность контролируемого употребления после лечения, без изменения обычного уклада жизни. Признание их права на выбор пути позволяет сохранить приверженность к системе оказания полипрофессиональной наркологической помощи.

Пациенты первого и второго уровня, по нашим данным, преобладают в лечебной среде наркологического стационара. С их окружением следует работать на преодоление сопутствующего феномена созависимости, укрепляя их границы и способствуя идентификации их потребностей, ценностей и смыслов [Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж., 2012]. Следует признать, что отсутствие ресурсов лечебной среды не позволяет осуществлять данный вид деятельности в полной мере.

Уровень 3. Пациенты, стремящиеся к отказу от употребления наркотиков и обращающиеся за многоплановой помощью. Потребность в отказе от наркотика находится в стадии формирования, носит неустойчивый характер. Как правило, пациент заявляет о своем желании словами «Я хочу прекратить употребление». На третьем уровне работа с пациентом выстраивается вокруг формирующейся потребности, которая является общесемейной и может служить для объединения всех членов семьи. Вовлечение семьи в работу на этом уровне может оказать решающее значение в укреплении мотивации пациента на отказ от употребления ПАВ и принятие им разноплановой помощи. После утвердительного ответа на вопрос: «Хочешь ли ты прекратить употреблять наркотики?», пациенту и его родственникам важно найти ответ на другой вопрос: «Как это можно сделать?» Актуализация существующих семейных и вне семейных ресурсов дает возможность членам семьи справиться с ощущением беспомощности, позволяет им почувствовать себя способными принимать решения. Опираясь на ресурсы, семья находит собственное решение для ответа на вопрос: «Что мы можем сделать для того, чтобы наш близкий прекратил употреблять наркотик?» На этот вопрос отвечает и сам пациент.

Уровень 4. Пациенты, которые приняли решение прекратить употребление и сохранять трезвость. Чаще всего это участники реабилитационных программ, которые ищут способ сохранять трезвость. Ответ на этот вопрос ищут все члены семьи, осознавая, как это связано с их потребностями и целями в жизни. Важно, чтобы члены семьи осознали существующие в семье механизмы, сохраняющие и поддерживающие поведенческие паттерны, ведущие к возобновлению наркотизации, и изменили их.

Уровень 5. Пациенты, находящиеся в устойчивой ремиссии более 2–3 лет. Они имеют иные потребности, не связанные напрямую с проблемой употребления ПАВ. Работа с пациентом и семьей на пятом уровне практически не отличается от семейной психотерапии с семьей, имеющей трудности в преодолении





горизонтальных и вертикальных семейных кризисов, стрессовых событий жизни и происходит за пределами наркологического стационара. Это работа с привычными семейными паттернами, которые могут дестабилизировать семейную систему, и они напрямую не связаны с проблемой употребления ПАВ.

Понимание и принятие потребностей членов семьи на каждом уровне позволяет специалисту избежать искушения вылечить пациента согласно собственным представлениям о его благе и необходимости отказа пациента от употребления наркотиков, а также позволит членам семьи сохранить уважение к себе, несмотря на существующую тяжелую социальную проблему и их причастность к этому. Пациент, даже в случае продолжения употребления, сохраняет доверие и формирует приверженность к системе оказания помощи, что позволяет ему в любое время обратиться к ней и принять ее помощь для формирования трезвости.

*Ипатов А. В.*

## МОДЕРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЛИЧНОСТИ В АУТОДЕСТРУКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ

---

Аутодеструктивное поведение подростков — это нарушение поведения вследствие нарушений личностного развития. Выявление специфического вклада личности в аутодеструкцию связано с идеей об изменении характера взаимосвязи образующих личностных структур в разных ситуациях социального взаимодействия. Аутодеструкция обусловлена не универсальным и статичным свойством или набором таких свойств, а скорее, исходя из понимания личности как активной динамической системы, гибким сочетанием личностных параметров в зависимости от конкретной ситуации. Мы полагаем, что в субъективно различно воспринимаемых социальных ситуациях выбор аутодеструкции подростком будет определяться не только общим дефицитом личностной регуляции (предикативная функция), но и системным взаимодействием индивидуально-психологических и ситуативных особенностей, в котором личностный дефицит будет выполнять функцию опосредования (модерационная функция). Задача нормального развития человека — стать самостоятельной личностью. Ее решение как раз актуально в подростковом возрасте и связано со вторым рождением личности (по А. Н. Леонтьеву), когда подросток становится способным к «самостоянью». Поэтому слабость, недостаточность самостоятельности как ключевого признака личности является подтверждением отклоняющегося варианта развития подростка.

Современная тенденция в психологическом анализе личности акцентирует ее динамическую природу: образующие систему, личности развиваются под влиянием жизненных задач и контекстов деятельности, в которые включается индивид. Все чаще за понятием личности предстают механизмы саморегуляции, механизмы контроля и овладения своим поведением.

Если личность — это самоорганизующаяся система, ядром которой является самосознание, дефицитность которого установлена у аутодеструктивных подростков,



то благодаря каким психологическим механизмам саморегуляции становится возможным саморазрушение в той или иной социальной ситуации, что в личности «генерирует» аутодеструкцию? Выбор аутодеструктивной формы поведения в той или иной ситуации есть результат разрешения подростком внутренних противоречий, образованных совокупным влиянием различных факторов. Какой фактор победит и станет решающим мотивом поступка, зависит от уровня развития личности. Чем ниже уровень личности, тем в большей степени её поведение обусловлено бессознательными реакциями, стереотипами на социальную ситуацию. И напротив, чем выше уровень развития личности, тем большую степень внутренней свободы проявляет подросток, тем сознательнее и созидательнее характер его взаимодействия с изменчивой социальной средой. Личностный фактор выполняет и опосредующую функцию (модератор) между субъективным восприятием ситуации и выбором подростком аутодеструкции как стратегии ее преодоления или разрешения. Саморазрушение обусловлено нарушением функции личности в гибкой внутренней перестройке в ответ на сигналы новых возможностей, открывающихся в ситуации.

Мы предположили, что ключевым предиктором аутодеструктивного поведения у подростков является отклонение в регулирующем влиянии личности на поведение, что выражается в качественных изменениях самосознания и недостаточности личностной автономии и самостоятельности как главных новообразований подросткового этапа жизни.

Аутодеструктивное поведение у подростков отражает доминирование в общей картине их развития регрессивных, тупиковых линий. Движущей силой такого развития «наоборот» являются внутренние противоречия. Их деструктивное разрешение детерминируется рядом условий, среди которых специфика противоречий, особенности их отражения в самосознании подростка, активность личности по их «снятию». Можно предположить, что механизмы этой активности представляют собой способы проживания подростком внутренних противоречий, в результате реализации которых снижается уровень организованности личностной системы и возникает саморазрушительный режим ее функционирования.

Личность подростка как более высокий уровень психологической организации выполняет не только предикторную функцию в его аутодеструктивном поведении, но и опосредует (модерирует) причинно-следственные связи саморазрушения с психологическими свойствами социального индивида. В различных ситуациях социального взаимодействия вклад индивидуально-психологических черт и состояний подростка в процессы саморегуляции поведения будет меняться в зависимости от опосредованного влияния ядерных структур личности: дефицит этих структур у подростка актуализирует в конкретной ситуации действие бессознательных, стереотипных механизмов, которые ведут подростка к саморазрушению.

Аутодеструктивное поведение имеет многоплановую психологическую обусловленность, испытывая непосредственное и опосредованное влияние как особенностей социально-индивидуального уровня, так и личностного уровня. На уровне социального индивида аутодеструктивное поведение отражает трудности и проблемы





в решении возрастной задачи, направленной на успешную социализацию, на уровне личности — в решении возрастной задачи овладения своим поведением и обретение самостоятельности. Следовательно, эффективная коррекция такого поведения также должна быть многоплановой. Сущность коррекции аутодеструкции раскрывается через комплексное использование двух стратегий психологического воздействия: преодолевающей комплекс аутодеструкции и возвращающей подростка к норме социального функционирования и развивающей, фасилитирующей личностные ресурсы саморегуляции.

*Казьмина Н. А.*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА ИЗ ЧИСЛА СЕМЕЙ, ГДЕ ОДИН ИЗ РОДИТЕЛЕЙ СТРАДАЕТ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

---

На сегодняшний день достаточно глубоко разработана система помощи людям, страдающим химической зависимостью, доказавшая свою эффективность. Это многоступенчатая система реабилитации, группы самопомощи, консультанты по проблемам зависимости, помощь в ресоциализации и индивидуальная психотерапия. Также проработана система поддержки для созависимых членов семьи. Однако направление помощи детям из семей, члены которых страдают химической зависимостью, проработано не столь глубоко и требует дальнейших разработок.

Программа профилактики социального сиротства и укрепления семьи как одно из направлений деятельности ЧУСО «Детская деревня –SOS Пушкин» занимается комплексной помощью детям из группы риска социального сиротства, то есть детям, чьи семьи находятся в трудной жизненной ситуации. Одно из направлений в деятельности специалистов программ сосредотачивает своё внимание на семьях, где причиной возникновения трудной жизненной ситуации является химическая зависимость одного или нескольких членов семьи. Среди инструментов помощи таким семьям, помимо консультирования по вопросам зависимости взрослых членов семьи, используется психологическая работа с детьми в индивидуальной и групповой форме.

Существует несколько аспектов, которые требуют внимания при работе с ребёнком из таких семей.

### 1. Работа с эмоциональным состоянием.

Проживание с зависимыми членами семьи неизбежно накладывает отпечаток на эмоциональное состояние ребёнка. Нестабильность семейной ситуации, непредсказуемость и неадекватность поведения зависимого родителя в период потребления не могут дать ребёнку необходимое ему ощущение безопасности, провоцируют страх и тревогу. Дети по-разному справляются с этими чувствами — одни прячут их в себе, другие выражают в агрессивном или протестном поведении, третьи демонстрируют психосоматические



реакции. Объединяет их то, что они плохо понимают, что с ними по-настоящему происходит и не умеют адекватно выражать чувства, ведь члены зависимой семейной системы не могут их этому научить. Задача психолога здесь — стабилизировать эмоциональное состояние ребёнка, научить его осознавать и выражать свои чувства.

## 2. Работа с ответственностью и чувством вины.

Естественная привязанность ребёнка к родителю провоцирует у ребёнка страх потерять родителя и представление о том, что состояние родителя зависит от его поведения. Дети в зависимых семьях склонны искать причины того, что родитель употребляет, в своём плохом поведении. При этом ребёнок считает, что родитель перестанет употреблять, если его поведение улучшится. Это создаёт в сознании ребёнка иллюзию контроля за непредсказуемой ситуацией употребления родителя. Психологу важно снять с ребёнка эту ответственность и сообщить, что он не виноват в болезни родителя, вернуть ребёнку ощущение, что с ним всё в порядке. Это долгая работа по восстановлению самооценки, выражению чувств и разъяснению особенностей болезни родителя.

## 3. Работа с образом зависимого родителя.

Противоречивость поведения родителя в состоянии трезвости и состоянии опьянения как правило создаёт у ребёнка внутренний конфликт, связанный с невозможностью выстроить целостный, единый образ родителя. Ребёнок может испытывать очень противоречивые чувства к родителю в разных его состояниях, например: любовь и отвращение, желание контакта и страх отвержения. У ребёнка в голове не укладывается, как можно испытывать такие противоречивые чувства к одному и тому же человеку, и он обычно стыдится своих отрицательных чувств. Поэтому в процессе психологической работы важно разделить образ трезвого и нетрезвого родителя, адресовать каждому из этих образов соответствующие чувства и опять-таки обозначить роль болезни в поведении родителя.

## 4. Работа с травмой.

В зависимых семьях детям часто приходится сталкиваться с насилием в той или иной форме. При этом травмирующей может быть ситуация не только когда ребёнок выступает жертвой насилия, но и наблюдение за насильственными действиями одного члена семьи по отношению к другому. Работа с детской травмой является трудной задачей, и не каждый ребёнок готов её решать. Нужно учитывать это и приступать к такой работе только когда ребёнок действительно готов, есть хороший доверительный контакт с психологом и у ребёнка много ресурсов. Как правило, с детской травмой работа происходит в символической форме без возвращения в реальную травмирующую ситуацию. Это может быть высвобождение травмирующих эмоций в игре, лепке, рисовании, драматическом творчестве.

## 5. Оказание поддержки и работа с ресурсами.

Данная задача сопровождает психологическую работу с ребёнком из зависимой семьи на всех этапах её осуществления. Это первое, что необходимо дать ребёнку



в терапии для установления доверительного контакта, укрепления самооценки ребёнка, восстановления его психологического равновесия. Важно отслеживать ресурсные возможности ребёнка при работе с каждой из вышеперечисленных тем, а также научить ребёнка видеть и использовать ресурсы в его повседневной жизни. В качестве ресурсов для ребёнка из зависимой семьи могут выступать здоровые члены ближайшего окружения, учителя в школе, сверстники, любимые занятия, книги или художественное творчество.

Таким образом, работа с ребёнком из семьи, где есть химическая зависимость — это трудный и длительный процесс и необходимым условием его эффективности является выздоровление от зависимости и созависимости членов его семьи. Однако при комплексном подходе можно с большой вероятностью прогнозировать построение в семье здоровой семейной системы, меньший риск усвоения ребёнком зависимых и созависимых паттернов поведения и более высокий уровень психологического благополучия ребёнка в целом. Именно такой комплексный подход в работе с ребёнком из семьи, где есть зависимый член семьи, применяется психологами и специалистами по социальной работе в программе профилактики социального сиротства и укрепления семьи ЧУСО «Детская деревня –SOS Пушкин».

*Келасьев О. В.*

## КОНФЛИКТЫ В СЕМЬЯХ НАРКОЗАВИСИМЫХ

---

Учитывая, что в современной России сохраняется большое количество семей, затронутых наркозависимостью, проблема того, как «борьба с наркотиками» (а на практике — с наркопотребителями) осуществляется на микроуровне межличностных, семейных отношений заслуживает самого пристального внимания со стороны психологов, социальных работников, конфликтологов, социологов. Пока характер воздействия потребления наркотиков на взаимоотношения и взаимодействие в современной семье изучен явно недостаточно. В учебниках по соответствующим дисциплинам отсутствуют проработанные разделы и рекомендации, посвящённые этим типам конфликтов, хотя в общей массе бытовых и семейных они очень часто встречаются и наиболее драматичны, приводят к распаду семьи, суицидам, одиночеству.

В 1990-е годы пронеслась волна наркоэпидемии, затронувшая многие семьи в Санкт-Петербурге, которые были не готовы к этим новым вызовам, не обладали необходимыми ресурсами, компетентностью и культурой. Проблема актуальна и сейчас. Многие семьи так и живут с наркозависимыми, страдая, некоторые распадаются, а некоторые сумели справиться с болезнью близкого человека.

Среди множества факторов, влияющих на взаимоотношения в современной российской семье, наркозависимость одного из членов семьи, как только она вскрывается, сразу становится доминантой всего комплекса взаимоотношений в семье. И зачастую среднестатистическая семья к этому не готова, как и прежде, не располагает соответствующими ресурсами, уровнем компетентности и культуры.



Наркомания является фактором конфликтов и разводов в семье, она меняет личность человека, вызывает материальные трудности, негативно сказывается на воспитательной функции семьи, является причиной бытовых конфликтов и т. д. Однако некоторые созависимые члены семей мирятся с проблемой и продолжают жить в условиях скрытого конфликта, другие — обращаются за помощью, инициируют лечение и находят в себе силы и возможности вывести семью из глубокого кризиса. Тем самым они демонстрируют высокий уровень семейной культуры и ответственности, проявляют выраженное соучастие в судьбе ближних. А другие после первых неудач бросают своих ближних. Потенциал семьи во многом и проявляется в готовности к такого рода рискам, связанным с потенциальной наркотизацией своего члена.

С помощью метода глубинного интервью были изучены свыше двадцати семей с наркозависимыми членами. На основе проведённого исследования семьи были сгруппированы в следующие типы:

- семья стигматизирующая (осуждение наркозависимого члена, который рассматривается как «отброс», вплоть до прекращения общения и изгнания наркозависимого члена из семьи);
- семья, не стигматизирующая, но и не готовая к работе по преодолению негативных последствий наркотизации своего члена, не располагающая необходимыми социальными, материальными, культурными капиталами и ресурсами;
- семья, делегирующая свои функции по преодолению негативных последствий наркотизации внешним (медицинским, социальным) службам. Например, мать и супруга одного наркозависимого насильно повели его на лечение, другого повели в церковь, третью муж посадил на «домашний арест» и вызвал нарколога и т. д.;
- семья «растерянная», не знающая, что делать в обнаружившейся ситуации употребления близким человеком наркотиков. Например, мать наркозависимой не понимает, какую стратегию поведения выбрать, чтобы помочь дочери; супруга наркозависимого находится в состоянии растерянности, так как супруг самовольно не хочет прекращать прием наркотиков; сестра наркозависимого, живущая с ним, не видит возможностей для обеспечения лечения и находится в состоянии депрессии и растерянности;
- семья созависимая (идущая на поводу у наркомана). Например, когда родители наркозависимого не боролись с его болезнью, а просто закрыли глаза и покрывали долги; мать оплачивала все долги наркозависимого сына. Созависимые члены семьи не всегда готовы оказать должную помощь и поддержку, заботясь лишь о восстановлении прежних отношений, но забывая при этом, что это невозможно без соответствующей медицинской и социальной терапии;
- семья протекторная (защищающая), ориентированная на профилактику и на сложную и кропотливую работу по преодолению последствий наркомании. Например, сын готов помогать своей наркозависимой матери, верит



в свои силы, имеет достаточные ресурсы. Или семья не отвернулась от наркозависимого сына, помогла с лечением и психологической реабилитацией; супруга поддерживает мужа, несмотря на то, что у него ВИЧ (а у неё нет), она чётко ориентирована на преодоление всех негативных препятствий, хорошо информирована о проблеме.

Во всех типах семей, кроме протекторных, на поведение членов семьи существенное влияние оказывает всё то, что они слышали о наркомании из СМИ или рассказов знакомых. Это всё только способствует стигматизации. Наркозависимый член семьи может ещё не совершать каких-либо существенных нарушений, а он уже обвиняется в грехах, присущим всем наркоманам, что является серьёзным препятствием протекторным стратегиям и практикам. Обличение наркозависимого и последующее его изгнание из семьи может стать самоцелью.

Тем не менее, само наличие протекторной семьи говорит о том, что семья в принципе имеет определённый потенциал в предотвращении приобщения ее члена к наркотикам, а также способна помочь наркозависимому члену. Однако для этого члены семьи должны подняться на более высокий уровень социальной компетентности, набраться терпения.

Среди причин, которые стимулируют развитие наркоконфликтов, особое место занимает структура семьи, её культура и социально-психологический климат: семья должна формировать здоровую личность, которая будет иметь возможности для самореализации, удовлетворения потребностей, организации культурного досуга. Культура семьи будет выражаться в доверительной и открытой системе отношений, при которой семья станет не причиной или поводом для развития наркомании, негативно влияющей на стабильность семьи, а пространством для самореализации личности, раскрытия её возможностей и тем самым средством профилактики наркомании.

Однако для роста численности протекторных семей необходима систематическая работа по повышению уровня социальной компетентности современной российской семьи. Пока таких семей меньшинство, а большинство семей не способно понять, как относиться к наркозависимому родственнику — как к больному или как к преступнику? Порождает эту неясность во многом противоречивость и непрозрачность самой современной наркополитики, которая, проникая в жизнь современной семьи, не ориентирует её на протекторные стратегии. Уход от практик стигматизации требует повышения культуры и компетентности всей группы специалистов, работающих с семьями наркозависимых.





*Кутаева А. И.*

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МОТИВАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ЗАВИСИМЫМИ ЛИЦАМИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

---

Проблема немотивированных клиентов в рамках работы социальных служб в настоящее время не утрачивает своей актуальности. В свою очередь, если рассматривать специфику данной проблемы применительно к специализированным отделениям, ориентированным на реабилитацию и ресоциализацию лиц, зависимых от ПАВ, то очевидным является факт усугубления ситуации в силу высокого риска срыва со стороны реабилитантов. Как отмечают Т.Н. Дудко и Н.И. Зенцова, сам факт нахождения клиента в реабилитационном центре еще не означает его личностной включенности в процесс реабилитации — соответственно, количественный показатель нахождения клиента в центре может оказаться малоинформативным по отношению к уровню эффективности его реабилитации [Дудко Т.Н., Зенцова Н.И., 2014]. Важно также отметить, что мотивационная работа с зависимыми лицами имеет системный характер, что обусловлено ее актуальностью на всех этапах реабилитационного процесса, каждый из которых характеризуется определенными задачами и спецификой воздействия со стороны специалиста.

С другой стороны, необходимым условием эффективности мотивационной работы в центрах является психологическая подготовка самих специалистов. Прежде всего речь идет о проработанности собственных психотравм и эмоциональной устойчивости личности специалиста. Достаточно распространенной является ситуация, в которой специалист, работающий с зависимыми гражданами, нуждается в прохождении личной психотерапии и повышении психологической ресурсности. Другим необходимым компонентом является наличие базовых психологических знаний. Отдельную значимость для специалистов в области зависимости приобретает система профобразования в сфере мотивационной работы с клиентом.

С учетом специфики данной ситуации нами была разработана программа образовательного курса на тему: «Мотивационная работа в процессе социальной реабилитации лиц с зависимым поведением». Данный курс ориентирован прежде всего на психологов, работающих с зависимыми гражданами; также в группу слушателей могут входить специалисты по социальной работе, имеющие базовое психологическое образование. Занятия общей продолжительностью 24 академических часа проводятся в форме тренинга, что позволяет слушателям отрабатывать полученные навыки на практике. Для этого после каждого теоретического блока предусмотрены упражнения, выполняемые слушателями в подгруппах с последующим обсуждением в общей группе.

В качестве основных методологических концепций в программе образовательного курса использовались мотивационные теории Х. Хекхаузена, Г. Олпорта,





А. Н. Леонтьева, Е. П. Ильина и др., концепция локуса контроля Дж. Роттера, теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана, социальная модель взаимодействия С. Карпмана, концепция созависимого поведения В. Д. Москаленко, типологическая модель комплайенса Л. Ф. Шестопаловой, теория моделей зависимого поведения В. Г. Белова и Г. Григорьева, транстеоретическая модель изменения поведения Дж. Прочаска и К. Ди Клементе, методические разработки по диагностики скрытой мотивации И. Л. Соломина и др.

Целью данного курса является формирование у специалистов практических навыков мотивационной работы в рамках социальной реабилитации лиц с зависимым поведением. В процессе обучения, выделяются следующие задачи:

- формирование комплексного представления о мотивационной системе зависимых лиц, в том числе в отношении скрытой мотивации;
- анализ специфики мотивационной работы на разных этапах социальной реабилитации зависимых лиц;
- формирование профессиональных компетенций, необходимых для организации и проведения мотивационной диагностики, консультирования и патронажа в рамках социального сопровождения лиц с зависимым поведением.

Программа обучения включает в себя три ключевых блока:

1. Основные направления в мотивационных исследованиях лиц с зависимым поведением.
2. Специфика мотивационной диагностики лиц с зависимым поведением.
3. Этапы мотивационной работы среди лиц с зависимым поведением в рамках деятельности специализированных центров.

В рамках первого блока слушатели знакомятся с общей теорией мотивации и ее основными понятиями, а также спецификой мотивационной сферы зависимых лиц. Следующим этапом становится овладение слушателями основным инструментарием для психологической диагностики мотивационной сферы реабилитантов. При этом в качестве материала используются как стандартные опросники, так и проективные методики. Особый акцент делается на скрытой мотивации клиентов, в связи с чем использование возможностей проективной диагностики приобретает дополнительную ценность. Третий блок направлен непосредственно на выстраивание поэтапного процесса мотивационной работы с клиентами в рамках индивидуальной и групповой работ. Также рассматривается психологическая специфика профессиональной деятельности специалиста, работающего с лицами, зависимыми от ПАВ.

По окончании обучения слушатели выполняют итоговое задание по разработке индивидуальной программы мотивационной работы, с учетом специфики социально-психологической ситуации конкретного клиента, выбранного слушателем из опыта своей профессиональной практики. Схема, используемая в структуре данной работы, представляет собой классическую модель изменения поведения, разработанную Дж. Прочаска и К. Ди Клементе [Прохоров А. В., Велисер У. Ф., 1994]. В рамках курса слушатели знакомятся со спецификой каждой из стадий, а также возможностями для



мотивационной работы на каждой из них. На этапе разработки собственной программы слушателям предоставляется возможность использования в работе материалов курса (в том числе психодиагностического инструментария).

Целью итоговой работы является систематизация теоретических знаний, усвоенных в процессе обучения, и их практическое применение в рамках профессиональной деятельности специалистов.

Данный курс проводился на базе СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья» в 2017 и 2018 гг. и в целом, по результатам обратной связи, был оценен слушателями положительно. При этом следует отметить, что основную сложность в процессе обучения представляет значительный разрыв в области психологических навыков слушателей. Так, например, в рамках изучения психодиагностического блока мы столкнулись с проблемой, когда процесс диагностики может вызывать затруднения у отдельных специалистов, а также сомнения относительно его необходимости в процессе мотивационной работы. Однако целью данного блока не являлось снабжение слушателей конкретным узким набором методик с условием дальнейшего обязательного применения в работе для получения дополнительной информации о клиенте. Основной идеей стало выявление возможностей психодиагностики в процессе мотивирования клиента на разных этапах реабилитации. В данном контексте особая роль отводилась такой психологической характеристике личности, как locus контроля.

Таким образом, как уже упоминалось выше, необходимым условием успешного освоения программы данного курса является наличие у слушателей базового психологического образования. Мы со своей стороны стремились по возможности сформировать программу обучения таким образом, чтобы она оказалась максимально доступной как для психологов, так и специалистов по социальной работе.

*Ковеленов А. Ю., Семикова С. Ю., Понкратов Р. С.*

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

---

Цель. Установить аспекты поведения наркозависимых, актуальные для распространения ВИЧ-инфекции в регионе.

Материалы и методы. В период с 11.09.2017 г. по 22.12.2017 г. в четырёх районах Ленинградской области (Волховский, Гатчинский, Кировский и Лужский) был проведён опрос лиц, находившихся в этот период времени на данной территории. Опрос проводился сотрудниками Санкт-Петербургской благотворительной организацией поддержки социальных инициатив «Содействие». Для сбора информации использовался формализованный опросник, содержащий закрытые, полужакрытые вопросы, а также шкалы оценок. Всем участникам



опроса предлагалось добровольно и анонимно пройти экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию. В исследование включали совершеннолетних лиц (старше 17 лет), сообщивших о наличии у них истории употребления наркотических веществ. Всего в исследование было включено 735 респондентов.

Полученные в результате сбора информации данные были обработаны с использованием приложения SPSS for Windows.

*Результаты и обсуждение.* Около половины всех респондентов (46,8 %) сообщили о наличии у них опыта инъекционного употребления наркотиков (ИУН). Наиболее распространённым наркотиком из числа ИУН является метадон, на втором месте по частоте употребления — героин.

Среди наркотиков, употребляемых неинъекционными способами, наиболее распространены различные варианты каннабиоидов растительного происхождения.

Положительные результаты тестирования на антитела к ВИЧ были получены у 65 человек (8,8 %), из них 63 у ИУН (18,3 %) и 2 у потребителей неинъекционных наркотиков (0,5 %).

Установлено, что на частоту выявляемости ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков не оказывают достоверного влияния не только группы употребляемых ими наркотических веществ, но и частота использования чужого и/или общего инструментария при их приготовлении и употреблении. В то же время выявлены достоверные различия в частоте использования презервативов: у лиц с ВИЧ-инфекцией она достоверно ниже.

**Выводы.** Таким образом, несмотря на преимущественное обнаружение новых случаев ВИЧ-инфекции у лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, подтверждено высокое значение полового пути передачи вируса. Разумеется, говорить о его абсолютном преобладании преждевременно, хотя бы потому, что более половины респондентов с положительным ВИЧ-статусом проходили предыдущее тестирование на антитела к ВИЧ более года назад, а вопросы, касавшиеся рискованного поведения, связанного как с ИУН, так и с половыми контактами, охватывали лишь годовой период.

Тем не менее, проведенное исследование показало необходимость усиления акцентов на предупреждение половой передачи ВИЧ в информационных, профилактических, мотивационных и реабилитационных программах для наркозависимых.



*Кокоренко В. Л.*

## АРТ-ТЕХНОЛОГИИ В ЛИЧНОСТНОЙ РАБОТЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ АДДИКЦИЙ

---

Многообразие и широкая распространенность аддикций является сложным многоаспектным явлением в современных социальных реалиях. Профилактическая работа может базироваться на различных подходах и мы, активно работая методом арт-терапии, считаем эффективными следующие:

*1. Ресурсный подход*, в котором ресурсы рассматриваются как средства к существованию, возможности людей и общества; все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды; как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями [Муздыбаев К., 1998]. Одним из оснований ресурсного подхода является принцип «консервации» ресурсов, который предполагает возможность человека получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. Посредством такого распределения ресурсов человек имеет возможность адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды.

Различают два класса ресурсов: личностные и средовые. Личностные ресурсы (психологические, профессиональные, физические) представляют собой навыки и способности человека, средовые ресурсы отражают доступность личности помощи (инструментальной, моральной, эмоциональной) в социальной среде (со стороны членов семьи, друзей, специалистов) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей [Калашникова С. А., 2011].

Л. В. Куликов к наиболее изученным личностным ресурсам относит активную мотивацию преодоления, отношение к стрессам как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста; силу Я-концепции, самоуважение, самооценку, ощущение собственной значимости, «самодостаточность»; активную жизненную установку; позитивность и рациональность мышления; эмоционально-волевые качества; физические ресурсы — состояние здоровья и отношение к нему как к ценности [Куликов Л. В., 2004]. Личностные ресурсы могут быть представлены как система способностей человека к устранению противоречий личности с жизненной средой, преодоления неблагоприятных жизненных обстоятельств посредством трансформации ценностно-смыслового измерения личности, задающего ее направленность и создающего основу для самореализации.

Используемые нами авторские арт-технологии и занятия творческой деятельностью дают возможность человеку не только познавать и критично оценивать имеющиеся собственные личностные ресурсы, но и наращивать свой ресурсный потенциал за счет осмысления нового опыта в самораскрытии и открытии внутреннего мира других людей, повышения самооценки и чувства собственной значимости, включенности в обогащающее общение.



2. *Когнитивно-поведенческий подход* основывается на том, что поведение человека регулируется сложными взаимодействиями между внутренними явлениями (убеждение, ожидание, самовосприятие) и факторами окружения. Изменение способа мышления о себе и о мире меняет эмоциональную окраску переживаний и поведение в сторону его большей рациональности, в сторону более полного соответствия эмоций и поведения социальным реалиям и окружающему миру. Также, осваивая новые способы реагирования и модели поведения, человек становится способным влиять на социальную ситуацию, выстраивать более эффективные варианты взаимодействия с окружающими, накапливать опыт успеха и переносить его в новые условия своей жизни, расширять возможности выбора совладающих стратегий при стрессах и кризисных состояниях.

В психопрофилактической работе, наряду с другими арт-терапевтическими техниками, мы применяем авторскую арт-технологю «Веер».

Изготовив веер по специальной технологии с бамбуковыми палочками, применяя собственные идеи для смыслового наполнения, украшая самыми неожиданными материалами, каждый может глубоко погрузиться в процесс познания и понимания себя через творческое самовыражение, увидеть в получившемся веере отражение мыслей и чувств, оригинальность мышления и позиционирования себя окружающим, причудливое переплетение своего личностного начала и культурно-исторической традиции самого предмета. В процессе рефлексивного анализа мы обсуждаем, как в получившемся веере символически выражены базовые черты характера автора, которые являются внутренним стрежнем личности, рано проявляются и проходят через всю жизнь, которые могут быть положительными и отрицательными (а чаще всего — это одна черта, свойство, становящееся нашим достоинством или слабостью в зависимости от ситуации), с ними нельзя не считаться, они и есть то главное, что отличает нас от многих других. Благодаря этим главным чертам характера мы набираем жизненный опыт, способны противостоять невзгодам и достойно переносить трудности. Предметом группового и индивидуального анализа становятся две стороны веера — внешняя, символически отражающая «Я — для других» и внутренняя — «Я — для себя». Участники задумываются, какие мои особенности, потребности, вкусы, привычки проявились в тех или иных элементах веера? В чем сходство и различие между внешней и внутренней стороной веера? С чем это связано? Как это сочетается с культурно-психологическим символизмом (цвет, форма, величина, идеи и смыслы) и функциональным назначением веера как предмета?

Работа с веером позволяет участникам получить опыт творческой деятельности, приносящей яркие эмоциональные впечатления и удовольствие от процесса и результата, активизировать интерес к себе, гармонизировать образ «Я»; создает условия для развития рефлексии и наполнения содержания сознания позитивными смыслами, стимулирует длительный эффект осознания имеющихся личностных ресурсов и поиска новых возможностей самореализации в деятельности и общении. Личностные ресурсы, осознание ценности себя и собственной жизни — это и есть главный барьер саморазрушающего поведения и деструктивных форм удовлетворения потребностей.





Колесников С. С., Исаев Н. А.

## ПРЕВЕНТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ «КАРЬЕРНОГО» ПОДХОДА К ПОНИМАНИЮ ДЕВИАНТНОСТИ И ОПЫТ АНАЛИЗА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Настоящая статья имеет своей целью рассмотрение понятия «карьера» как ключевого в реализации превентивных и реабилитационных мероприятий, подразумевающих работу как с потребителями психотропных веществ, так и с лицами, склонными к девиантному поведению. В фокусе внимания авторов — концепция карьеры: реабилитационной, девиантной, моральной и пр.

Само по себе понятие «карьера» давно вошло в научный обиход и тесно связано с традицией социального интеракционизма и развиваемой в середине XX века теорией лейблинга (этикетирования, стигматизации, клеймления). Хрестоматийной стала фраза Г. Беккера: «Девиант — это тот, к кому этот ярлык был успешно прикреплен; девиантное поведение — это поведение, которое люди обозначают девиантным» [Becker H., 1963].

В своём исследовании, сегодня считающемся классическим, *Becoming a Marijuana User*, Говард Беккер сформулировал теорию научения девиантности [Becker H. S., 1953]. В фокусе его внимания люди, потребляющие марихуану с целью расслабления, степень которого, согласно недавним исследованиям под руководством Альберта Карлина, коррелируется с наличием опыта употребления, то есть когнитивными факторами («карьерой») [Карлин А. и др., 2009]. Путем анализа биографий потребителей марихуаны Беккер выявил наличие схожих этапов в полученных историях. Так, он выделил три основных стадии «становления»: (1) обучение методу потребления; (2) обучение восприятию эффекта от курения; (3) обучение получению удовольствия от употребления наркотика.

Фактически, следуя логике формирования карьеры как линейного поступательного процесса, он рассмотрел становления девиантной личности с позиции этапов формирования и изменения. Ему удалось актуализировать этапы и использовать концепт карьеры эвристически. Впрочем, Беккер не использует в статье, описывающей исследование, само понятие «карьеры», однако в своей работе «Аутсайдеры» он приводит это исследование в качестве примера работы с «девиантной карьерой» [Беккер Г., 2018]. Более подробно об этом можно почитать в недавно переведенной работе Говарда Беккера.

Современные криминологи Драган Милованович и Стюарт Генри прибегают к конструкту «карьеры» в его «беккеровском» смысле, дополняя его конструктивистским содержанием: общество конструирует или «штампует девиантов» [Комлев Ю. Ю., 2014]. Под карьерой в таком случае понимается процесс изменения личности человека при определении его поведения как «отклоняющегося».





Как же быть с превенцией и реабилитацией?! По сути, индивидуальная и групповая работа в этих направлениях строится за счет преодоления стигматизирующего эффекта ситуации и положения клиента — в направлении обратном «девиантной карьере» — реабилитации.

По схожей схеме уже давно применяется метод «встречи с решенной проблемой», когда работа строится по принципу «равный-равному» (англ. *peer-to-peer*, P2 P). Наиболее яркий пример в этой связи — это спонсоры или равные консультанты, которые выступают в роли «победителей проблемы». Подобная роль «победителя» являет собой способ сомопозиционирования клиента в «карьерном» пути — перефразируя «Синюю книгу Анонимных Алкоголиков»: «не вешайте на него ярлык наркомана, он должен сделать выводы сам» [Анонимные Алкоголики, 2013]. Подобный подход может применяться исключительно с условием учета особенностей аудитории.

Концепция карьеры применима, впрочем, не только для анализа и подготовки превентивных мероприятий, но и для рассмотрения процесса реабилитации, что было показано в исследовании одного из авторов настоящей работы [Колесников С. С., 2017].

На базе реабилитационного центра Ленинградского областного благотворительного общественного фонда «Бетель» (Милосердие) было проведено эмпирическое изыскание, ставившее, помимо прочего, целью изучить процесс реабилитации как процесс социализации (ресоциализации). При анализе собранного материала были установлены закономерности, описанные как «карьера» в работах Беккера, Гарольда Гарфинкеля и Ирвина Гоффмана.

Резюмируя основные выводы исследования, которое, впрочем, еще продолжается, можно со значительной долей уверенности утверждать, что, не смотря на единую программу реабилитации, карьерные стратегии, избираемые и/или реализуемые клиентами центра, обусловлены их предыдущей биографией и степенью интериоризации религиозных представлений, лежащих в основе реабилитационной программы.

В частности, выявлены основные стратегии, формирующиеся у реабилитантов в процессе прохождения программы реабилитации, что позволило установить значимость религиозных факторов для успеха реабилитации потребителя наркотиков и психотропных веществ, а также значимость для прохождения реабилитации отдельных факторов биографии. Так, было выделено две продуктивные реабилитационные стратегии: *служитель* и *работник*.

Клиентов, реализовавших первую стратегию, отличает полностью пройденная программа социальной реабилитации (порядка 12 месяцев), высокая степень включенности в религиозные дела центра, высокая социальная ответственность, а также длительная и устойчивая ремиссия. Отличительным показателем этой карьерной стратегии («*служитель*») является религиозная альтернатива [Berger P.L. and etc., 1991] — вторичная социализация в религиозное сообщество по силе и своему значению равная первичной. Типичным для респондентов, реализовавших этот сценарий реабилитационной карьеры, является следующая сентенция: «В начале реабилитации Бог был средством достижения трезвости, а потом Он стал целью» (Виктор, 44 года). При этом не важно, что двигало клиентом в начале его реабилитации: потребление психотропных веществ, бездомность или преследование законом — все эти сценарии попадания в Центр есть. Важно то, что в определенный момент карьеры, для кого-то даже не с первого раза,



произошло переосмысление биографии и формирование новой вероятностной структуры субъективной реальности.

Второй продуктивной стратегией является стратегия, условно названная «работник». Отличительных характеристик клиентов, реализующих эту стратегию реабилитационной карьеры, несколько:

- завершенная или почти завершенная реабилитационная программа, а значит и значительное время нахождения в ремиссии (не менее 8–12 месяцев);
- высокая степень социальной адаптации в сообществе — они всегда на своем месте и всегда «при деле»;
- эту стратегию отличает высокая степень вариативности мотивов пребывания в центре, от «негде жить» до «я здесь на время»;
- относительная пассивность в вопросах веры вплоть до молчаливого отрицания вероучения.

Таким образом, концепт карьеры и его применение как в сфере превенции девиантного поведения, так и в реабилитации вполне оправдано. Более того, разработка банка сценариев подобных девиантных и реабилитационных карьер поможет углубить наше понимание процесса становления как девиантности, так и конформности в человеке и отдельно взятом сообществе.

*Кольцова О. В.*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Исследование реализовано в условиях практической работы психологов СПб Центра СПИД при подготовке пациентов к началу антиретровирусной терапии (АРВТ). Перед групповым психологическим консультированием, направленным на формирование приверженности лечению, участники заполняли специальную 2-х страничную анкету и тест SSD-12. Пациентов уведомили о том, что заполнение бланков добровольное. Опрос позволил оценить жизненную ситуацию участников и психологическое состояние перед началом лечения. Обсуждение результатов теста проводилось по желанию пациентов на индивидуальном приеме у психолога.

Люди, живущие с ВИЧ, неоднородны по соматическому и психологическому благополучию, поэтому необходимо рассчитывать критерии оценки психологического состояния для разных групп пациентов.



В данном исследовании поставлена цель: выявить факторы, связанные с непрерывностью лечения, а также оценить интенсивность психологической напряженности, вызванной соматическими симптомами, у ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от ПАВ перед началом АРВТ.

Анкета для участников группового консультирования разработана психологами СПб Центра СПИД, она позволяет учитывать медико-социальные характеристики пациента, потенциально связанные с приверженностью лечению. Опросник SSD-12 (The Somatic Symptom Disorder — B Criteria Scale) используется нами с разрешения автора Anne Toussaint (University Clinic Hamburg-Eppendorf, Institute and Outpatients Clinic of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy). Психологическая напряженность в связи с наличием соматической симптоматики дифференцирована по трем подкритериям: когнитивный, аффективный и поведенческий аспекты. Общая сумма баллов SSD-12 достоверно ассоциирована с тяжестью соматических симптомов, общей тревожностью и депрессивными симптомами [Toussaint A., 2016]. Перед статистической обработкой и анализом результаты самоотчетов дополнялись сведениями из медицинских карт.

Для исследования особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от ПАВ мы отобрали результаты анкетирования и тестирования 215 пациентов (85 женщин), участвующих в групповом консультировании в период июль 2017 г. — май 2018 г., которые, по заключению психиатра-нарколога, имели зависимость от наркотиков, алкоголя или же являлись психически здоровыми. Больные с другими психиатрическими диагнозами не анализировались. Наркозависимые пациенты, включенные в исследование, не нуждались в наркологическом лечении, и по результатам самоотчета в течение последнего года наркотики не употребляли. Сравнивались три условные группы пациентов с ВИЧ-инфекцией: 1) психически здоровые — 121 человек (41,3 — женщины); 2) наркозависимые — 72 человека (36,1 % — женщины); 3) зависимые от алкоголя — 22 человека (40,9 % — женщины). Возрастной диапазон участников — от 19 до 55 лет, средний возраст участников — 35,9 лет (в подгруппах: психически здоровые — 34,8 лет; наркозависимые — 36,9 лет; зависимые от алкоголя — 38,7 лет).

ВИЧ-инфицированные пациенты, зависимые от наркотиков, отличаются от психически здоровых и зависимых от алкоголя по большинству характеристик, значимых для поддержания непрерывного лечения ВИЧ-инфекции (табл. 1). Анализ результатов скрининга по методике SSD-12 позволил получить средние показатели по когнитивному, аффективному и поведенческому аспектам в трех подгруппах, которые значимо различаются (табл. 2).

Среди наркозависимых меньше тех, кто соблюдает режим дня. Большинство из них имеет сочетанную инфекцию ВИЧ и вируса гепатита С (ВГС). В подгруппе наркозависимых больше тех, кто принимает противотуберкулезные препараты. Каждый из этих факторов и их взаимовлияние вносят вклад во внутреннюю картину болезни. Среди наркозависимых ВИЧ-инфицированных значительно ниже доля пациентов, которые продолжают принимать препараты более 3 месяцев после начала лечения (табл. 1).



Таблица 1

Медико-социальные характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов

Характеристики	Доля пациентов, % (абс.)				p
	«психически здоровые» (n=121)	зависимые от наркотиков (n=72)	зависимые от алкоголя (n=22)	все вместе (n=215)	
Начали наблюдаться в Центре СПИД в 2017–18 гг.	51,2 % (62)	48,6 % (35)	72,7 % (16)	52,6 % (113)	0,127
Соблюдают режим дня	59,5 % (72)	41,7 % (30)	68,2 % (15)	54,4 % (117)	0,022
Имеют коинфекцию ВИЧ/ ВГС	19,0 % (23)	79,2 % (57)	31,8 % (7)	40,5 % (87)	0,000
Принимают противотуберкулезную профилактику	17,4 % (21)	22,2 % (16)	4,5 % (1)	17,7 % (38)	0,162
Не прерывают АРВТ в течение 3 и более месяцев	89,3 % (108)	72,2 % (52)	95,5 % (21)	84,2 % (181)	0,04

Таблица 2

Сравнительные показатели SSD-12 у ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от ПАВ и психически здоровых

Критерии	Пациенты	M	SD	SE	p
Когнитивный аспект	Психически здоровые (n=121)	3,85	2,28	0,21	0,000
	Зависимые от наркотиков (n=72)	5,44	2,45	0,29	
	Зависимые от алкоголя (n=22)	4,64	2,47	0,17	
Аффективный аспект	Психически здоровые (n=121)	5,41	3,23	0,29	0,171
	Зависимые от наркотиков (n=72)	6,15	3,26	0,38	
	Зависимые от алкоголя (n=22)	6,27	3,042	0,65	
Поведенческий аспект	Психически здоровые (n=121)	3,33	3,30	0,30	0,021
	Зависимые от наркотиков (n=72)	4,56	3,18	0,38	
	Зависимые от алкоголя (n=22)	4,23	3,80	0,81	
Общая сумма баллов	Психически здоровые (n=121)	12,57	7,80	0,71	0,003
	Зависимые от наркотиков (n=72)	16,33	7,61	0,90	
	Зависимые от алкоголя (n=22)	15,14	8,24	1,76	

SSD-12 = *Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale*, M = среднее, SD = стандартное отклонение, SE = стандартная ошибка среднего, p = значимость различий между группами; диапазон баллов по каждому аспекту = 0–16, диапазон общей суммы баллов = 0–48.

Пациенты с ВИЧ-инфекцией, зависимые от ПАВ, в сравнении с психически здоровыми ВИЧ-инфицированными пациентами в большей степени акцентируют свое внимание на мыслях, чувствах, поведении, связанных с соматическими симптомами. То есть их напряженность обусловлена не только медицинскими причинами (возбудимость ЦНС и др.), но восприятием соматических



симптомов, психологическими реакциями на проявления заболевания, и это важно учитывать в консультативно-диагностической и лечебной работе. На эмоциональном и поведенческом уровне ВИЧ-инфицированные, зависимые от алкоголя и наркотиков, одинаково воспринимают тяжесть заболевания, но интенсивность переживаний на когнитивном уровне в среднем у наркозависимых выше (табл. 2).

Средние показатели по каждому аспекту SSD-12 позволяют гибко выбирать тактику оказания помощи пациенту. Высокие показатели SSD-12 в «когнитивном аспекте» указывают на то, что пациент нуждается в подробных разъяснениях, чтобы представления о лечении стали определенными, недвусмысленными и понятными. При подготовке к АРВТ наркозависимого пациента необходимо обсуждать его распорядок дня, стимулировать к составлению планов на каждый день, мотивировать к лечению хронического гепатита С. Психологическое сопровождение предлагается пациентам с выявленными факторами риска нарушения приверженности АРВТ минимум на 3 месяца после начала лечения.

*Кулагина С. А.*

## СЕТЕВОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ЦЕНТРОМ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

---

Распространенность употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди несовершеннолетних продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем нашего общества.

Одним из наиболее активных участников процесса профилактики зависимости от ПАВ является система образования. Имеющиеся у нее профессиональный и организационный ресурсы, а также сфера ее социального влияния позволяют обеспечивать комплексное, системное воздействие на всех субъектов образовательной деятельности: обучающихся, педагогов, родителей. А следовательно, вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у подрастающего поколения, повышение психолого-педагогической компетенции родителей и педагогов.

Трудности в проведении первичной профилактики касаются педагогов образовательных учреждений (ОУ). Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения злоупотребления ПАВ детьми и подростками.

Поэтому реально действующая на территориальном уровне активная антинаркотическая профилактика должна быть основана на взаимодействии педагогов ОУ



и психолого-педагогическими центрами, способными обеспечить ведение эффективной работы по профилактике злоупотребления ПАВ.

Их совместная деятельность должна опираться на следующие базовые положения:

- зависимость от наркотических, психоактивных веществ легче предупредить, чем лечить, поэтому профилактическая антинаркотическая работа в образовательной среде должна быть системной;
- целевое воздействие должно быть комплексным и осуществляться при личном, семейном и социальном взаимодействии;
- в превентивных образовательных программах основное внимание следует уделять формированию ценностей здорового образа жизни, развитию личностных ресурсов, препятствующих употреблению психоактивных веществ, а также развитие у несовершеннолетних жизненных навыков противостояния агрессивной среде, которая провоцирует потребление наркотиков.

На примере Выборгского района Санкт-Петербурга Сетевое взаимодействие между ОУ и центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ЦППМСП) осуществляется на основании соглашений о совместной деятельности (сотрудничестве). Специалистами ЦППМСП разрабатывается в конце текущего учебного года бланк-заказ, который состоит из комплекса мероприятий по профилактике, педагоги ОУ выбирают мероприятия, актуальные для их учреждения на следующий учебный год. Центром составляется учебно-производственный план на основании заказов ОУ района.

В учебно-производственный план входят профилактические мероприятия для обучающихся, родителей и педагогов.

Также на базе ЦППМСП действует добровольческое движение. Для учащихся-добровольцев специалистами Центра разработан курс программы «За здоровый стиль жизни», в ходе реализации которой они становятся участниками профилактических акций, флешмобов, конкурсов для обучающихся ОУ района.

Объединение действий ОУ района и ЦППМСП на основе создания единого пространства по профилактике ПАВ совершенствует уже сложившийся в образовательной среде механизм реализации профилактики, определяя сферу задач и ответственности каждого из ее участников, а также принципы взаимодействия позволяют оперативно реагировать на ситуации, связанные с употреблением наркотических средств и ПАВ несовершеннолетними.

Последовательное, этапное и комплексное выполнение мероприятий, направленных на разрешение выделенных «ключевых» проблем, сделает работу по профилактике наркоманий и алкоголизма среди детей и подростков действительно системной, конструктивной и позволит преодолеть негативные тенденции в развитии наркоситуации в детско-подростковой популяции России.





*Маргошина И. Ю.*

## ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СИСТЕМЕ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Половое воспитание служит основой профилактики ВИЧ-инфекции среди молодых людей. Так, в «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года» (Распоряжение Правительства РФ от 20 октября 2016 г., №2230) отмечены следующие важные положения:

- Подростки и молодежь — включены в группы риска,
- Повышение информированности граждан Российской Федерации по вопросам ВИЧ-инфекции,
- Эпидемиологический контроль,
- Медицинская помощь,
- Правовая помощь.

В системе полового воспитания стоит обратиться к терминологии понятий «половое воспитание», «сексуальное воспитание» и «сексуальность человека».

Половое воспитание — комплекс воспитательных и просветительных воздействий на ребенка, направленных на приобщение его к принятой в обществе системе половых ролей и взаимоотношений между полами в общественной и личной жизни.

Сексуальное воспитание — составная часть полового воспитания, ориентированная на формирование правильного сексуального поведения.

Сексуальность человека — формирование тела человека, формирование принадлежности к мужскому или женскому полу, мужских и женских качеств, умение общаться и взаимодействовать с людьми, в том числе и с целью создания семьи, формирование высших человеческих эмоций, таких как любовь, верность, преданность.

По данным сайта «ВИЧ-инфекция, СПИД, ЗПП», представлены данные официальной статистики по ВИЧ за первое полугодие 2018 года. За I полугодие 2018 года в России выявлено 42 662 новых ВИЧ-инфицированных, из них 1 % — дети (0–17 лет) — 442 человека.

Ежегодно регистрируется более 1100 случаев инфицирования ВИЧ среди лиц в возрасте 15–20 лет. По предварительным данным, наибольшее количество ВИЧ-инфицированных подростков (15–17 лет).

Ведущий путь передачи — половой контакт. В этом плане вопрос о профилактике ВИЧ через безопасное половое поведение ставится важным в задачах воспитания молодежи.

Если обратиться к опыту полового воспитания в системе профилактики ВИЧ в других странах, то приведем следующие примеры:



В опыте Европы и США половое воспитание и профилактика ВИЧ представлена программными направлениями 3-х типов.

1 тип. Программы, нацеленные в основном или исключительно на призыв к воздержанию от сексуальной жизни до вступления в брак: программы «как сказать «нет»» или «исключительное воздержание» (США).

2 тип. Программы, которые включают воздержание как возможный выбор, но также предполагают ознакомление с методами контрацепции и практиками безопасного секса. Эти программы часто называют «всесторонним сексуальным образованием» в противовес программам «исключительно воздержания» (США).

3 тип. Программы, которые включают элементы программ 2-го типа, но рассматривают их в более широком контексте развития личности (Западная Европа).

Общие тенденции профилактики ВИЧ через спектр полового воспитания в современном российском обществе.

Уровни формирования сексуального поведения подростков:

1-й макроуровень. Социальные и культурно-идеологические аспекты государственной политики.

В апреле 2014 г. Госдума России ратифицировала факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, а также европейскую конвенцию о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотребления.

Оба документа предусматривают введение полового просвещения в школах.

Федеральный закон России от 29.12.2010 N 436-ФЗ (ред. от 01.05.2017) «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» (Ст. 9 и 10).

Письмо Минобразования и науки РФ О Концепции государственной политики в отношении молодой семьи от 8 мая 2007 года N АФ-163/06.

Основные положения документов: общие опасения в связи с осуществлением полового просвещения; половое просвещение приводит к раннему вступлению в половые отношения; половое просвещение лишает детей «невинности»; половое просвещение противоречит нашей культуре или религии; ответственность за половое просвещение молодых людей должны нести их родители и другие члены семьи; ВИЧ инфекция ассоциируется с наркоманией и проституцией, а не с подростками.

2-й микроуровень — индивидуальные особенности: физическое, половое, психосексуальное, психическое и социальное развитие.

3-й мезоуровень — уровень практических реконструкций внешних (социальных) и индивидуальных психологических моментов.

Основные положения программы профилактики ВИЧ у девушек-подростков.

Главная цель программы заключается в том, чтобы девушки-подростки получили знания, приобрели навыки и осознали ценности, которые позволят им делать



ответственный выбор относительно своей сексуальной жизни и социальных отношений в мире, охваченном эпидемией ВИЧ.

Задачи:

- повысить уровень знаний и понимания проблематики ВИЧ и ценностей укрепления здоровья;
- объяснить и разъяснить чувства, ценности и взгляды на вопросы полового воспитания девушки в контексте культурных ценностей;
- развить или укрепить навыки безопасного поведения и здорового образа жизни;
- содействовать формам поведения, снижающим риски ВИЧ и нарушения репродуктивного здоровья, и поддерживать их;
- формирование адаптивной и зрелой личности.

Принципы реализации программы: научность, взаимосвязь с жизнью, последовательность, пролонгированность, нормативность и адекватность, доверие, чистота, футурологичность.

Основные темы занятий:

1. Женские образы в российской культуре
2. Половое сознание и телесное Я у девушек
3. Здоровье девушки
4. ВИЧ/СПИД в системе полового воспитания
5. Феномен близости и ВИЧ
6. Всему свое время

Формы и методы интерактивного обучения: работа в группах, мини-лекция, «мозговой штурм», игра-имитация, ролевая игра, решение ситуационных задач, дискуссия группы экспертов, разработка проекта, опрос, интервью, инсценировка, проигрывание ситуаций, выступление в роли обучающего, обсуждение триггерных рисунков, приглашение визитера, опрос–квиз (контроль) и т. д.

Условия эффективности реализации программы:

- Тенденции социальной политики (ценности российского общества: здоровье, семья);
- Воздержаться от вступления в половые отношения или повременить с ними;
- В ситуациях риска пользоваться средствами защиты;
- Повысить уровень знаний и информированности о проблеме ВИЧ;
- Ценностное отношение к здоровью, включая женское здоровье.



*Мисирли Т. А.*

## ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ КУРЯЩИХ И ПОТРЕБЛЯЮЩИХ СПИРТНЫЕ НАПИТКИ (АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ И РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ)

---

Курение и потребление алкоголя традиционно рассматривается как вредная привычка, представляющая собой единичный поведенческий акт, независимый от поведения в целом, от защитных структур личности, личностных смыслов и ценностей. Изучаемая тема актуальна по причине того, что среди курящих и употребляющих алкоголь имеется особый контингент желающих отказаться от сигарет и алкоголя, они имеют опыт безуспешных попыток и в итоге не могут самостоятельно реализовать собственное намерение. Особый интерес к изучению этой проблемы вызывает отсутствие исследований с участием людей азербайджанской национальности.

В исследовании рассматриваются психологические особенности волевой сферы у потребителей алкоголя и табака, которые являются представителями азербайджанской и русской национальностей.

Наше исследование призвано доказать или опровергнуть следующую гипотезу: особенности волевой регуляции у людей, не имеющих зависимости от алкоголя и табакокурения отличаются от имеющих такую зависимость.

Было проведено исследование, в котором приняли участие 139 респондентов: из них 79-экспериментальная группа, 60-контрольная группа. Возраст колеблется от 18-ти до 61-го. В экспериментальной группе 15 женщин и 23 мужчин, которые потребляют спиртные напитки, а также 20 из них азербайджанской национальности и 18-русской; 17 женщин и 24 мужчин, которые потребляют табак, из них 20 азербайджанской и 21 русской национальностей.

В рамках исследования были использованы следующие методики: Тест «Смыслжизненные ориентации» (Д. А. Леонтьев), Опросник «Контроль над действием» Ю. Куля, Тест «Самооценка силы воли» Н. Н. Обозова, анкета, разработанная в рамках данной курсовой работы. Основная задача — формализованный сбор качественных данных, позволяющих описать особенности исследуемой группы и уточнить результаты психометрических методик.

При анализе исследования были сделаны выводы о том, что потребители алкоголя и табака обладают малоэффективной стратегией саморегуляции по сравнению с контрольной группой. А также, столкнувшись с неудачей и трудностями, они долго переживают о них, и им бывает трудно переключиться на что-то другое. Было показано, что основной причиной употребления алкоголя и табака у представителей русской национальности является потребление данных веществ со стороны их родителей. У представителей же азербайджанской национальности возможной причиной является то, что в окружении друзей



испытуемые часто прибегали к использованию табака или алкоголя. А также, результаты методики «Самооценка силы воли» показывают, что сила воли у потребителей алкоголя выше, чем у потребителей табака. Разница небольшая, но она существует.

Результаты, полученные при проведении эмпирического исследования, позволили подтвердить выдвинутую гипотезу. Однако некоторые полученные нами данные требуют уточнения, а ряд вопросов нуждается в дальнейшем изучении.

Кроме того, отдельное внимание планируется уделить расширению статистической обработки эмпирических данных и их анализу, что позволит получить в будущем более обоснованные результаты.

*Подколзина Л. Г.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТРЕВОЖНОСТИ И АГРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОТИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

---

Рост психоэмоционального напряжения в обществе, количества подростков с асоциальным, аддиктивным поведением вызывает интерес специалистов к проблеме алекситимии. Алекситимия является специфической особенностью нервной системы. Примерно от 5 до 20% жителей земного шара страдают проявлениями алекситимии, при этом каждый пятый молодого возраста. Психологи определяют алекситимию как нарушения в проявлении эмоций. В переводе с греческого термин означает «отсутствие языка чувств». В научный обиход термин был введен в 1973 году П. Сифнеосом. Он определил алекситимию как «пониженную способность в восприятии, переработке в словесном описании и переживании эмоций». В настоящее время природа алекситимии изучена недостаточно. Не существует классификации этого феномена, а также ее типологии.

Выдвигается несколько гипотез:

- наследственный фактор,
- социальный — запрет на выражение эмоций,
- нейрофизиологические нарушения при гипертрофированной функции левого полушария.

Как считает Н.Д. Семенова (2013), данный феномен можно рассматривать как психологический симптомокомплекс, проявляющейся на когнитивном, поведенческом и аффективном уровнях. Эмоциональная сфера отличается слабой дифференцированностью. Люди с алекситимией могут испытывать эмоции, но имеют затруднения в их распознавании и затрудняются в описании эмоций и чувств.



Д. Тейлор отмечает, что «страдающие алекситимией неспособны обозначать свои чувства и использовать их как знаки внутренних конфликтов или как ответ на внешнюю реакцию». Им была выдвинута гипотеза о взаимосвязи алекситимии с соматическими заболеваниями как ответ на невозможность отреагирования эмоций.

Неспособность алекситимических личностей регулировать отрицательные эмоции может вызывать стрессовые состояния, которые ведут к соматическим заболеваниям. При этом Тейлор отмечает, что алекситимический тип личности характерен для инфантильных незрелых личностей. В.В. Николаева отмечает недостаточность функции рефлексии.

Когнитивно-аффективные особенности лиц с алекситимией выражены также в бедности фантазии и воображения, сосредоточенности на внешних событиях в большей степени, чем на внутренних переживаниях. Такие люди не склонны опираться на интуицию, наглядно-действенное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Отмечается «неспособность ассоциировать визуальные картины, образы, мысли в специфическое эмоциональное состояние» [Pardinielli, 2008], наблюдается сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, сфокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Вследствии невозможности определять свои чувства, индивиды, имеющие данное нарушение, испытывают дискомфорт в социуме и склонны к одиночеству.

Педагоги предполагают влияние семьи на развитие данной проблематики, когда ребенку навязывается определенный стереотип поведения, «казаться», а не быть. Ориентация на индивидуализм в противовес коллективизму также, по мнению специалистов, вносит свою лепту.

Психологи не считают алекситимию заболеванием, а скорее проявлением своеобразия личности.

Неврологические исследования пациентов с алекситимией показали наличие аномалий в областях мозга, отвечающих за эмоции, а также за принятие решений и анализ информации.

Выделяют первичную (врожденную) алекситимию и вторичную (приобретенную).

Врожденная алекситимия возникает во внутриутробном периоде из-за патологий беременности и родов. Данная форма отличается устойчивостью к различным воздействиям.

Вторичная — во взрослом возрасте. Этому способствуют стрессы, психические травмы, нарушения психики.

Влияние социальных причин может также вызывать алекситимию (Т. Грекова, И. Коростелова, Н. Гаранян и др.)





Психологи рассматривают алекситимию как защитный механизм ухода от реальности, когда подавление эмоций и чувств становится привычным и ведет к эмоциональному безразличию.

Алекситимия часто отмечается у лиц с избыточным весом (56 %) и у тех, кто находится в состоянии тревоги. Чаще встречается у мужского населения.

Исследователи отмечают взаимосвязь алекситимии и склонности к алкоголизму и наркомании, называя алекситимию характерной для наркоманов [Былкина Н. Д., Том А., 2011].

Преморбидные черты больных наркоманов совпадают с психологической феноменологией алекситимии: характеризуются неустойчивой самооценкой, неопределенностью представлений о будущем, слабый самоконтроль, неустойчивость интересов. Часто аддикции выступают как следствие или как фактор алекситимии [Зайцев Д. В., Селиванова Ю. В., 2017].

Таким образом, проблема изучения алекситимии многоаспектна и требует изучения со стороны различных специалистов: медиков, психологов, педагогов, социологов, так как повышает риск развития различных аддикций, в том числе и наркотической.

Цель данного исследования изучить проявления алекситимии у подростков 15–17 лет с наркотической зависимостью. В исследовании принимали участие 15 подростков, наблюдающихся в наркологических диспансерах Санкт-Петербурга. Они составили экспериментальную группу. Из них 3 девочки, остальные мальчики. В контрольную группу вошли подростки Центра Образования № 153 Санкт-Петербурга — 20 человек, не имеющих наркотической и алкогольной зависимости. В данной группе 12 мальчиков и 8 девочек.

Предмет исследования — установление взаимосвязи между алекситимией и проявлениями агрессивности и тревожности.

Гипотеза. У подростков с наркотической зависимостью взаимосвязь между алекситимией и проявлениями тревожности и агрессивности более выражена, чем у их здоровых сверстников.

Для проведения исследования использовались следующие методики:

- Торонская алекситимическая шкала (TAS), созданная Д. Тейлором;
- Методика тревожности Спилбергера — Ханина;
- Методика агрессивности Басса-Дарки.

Результаты были обработаны с использованием программы SPSS, версия 22 — описательная статистика, корреляционный анализ Спирмена, определение достоверности различий на основании непараметрического критерия Манна-Уитни.

На первом этапе эмпирического исследования была проведена методика «Торонская алекситимическая шкала» (TAS), адаптированная в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева.



В экспериментальной группе алекситимический тип личности выявлен у 8 человек (53 %), неалекситимический у 4 испытуемых (26 %), в группу риска вошли 3 человека (21 %).

В контрольной группе распределение следующее: у 5 человек выявлен алекситимический тип личности (12,5 %), у 12 человек — неалекситимический (60 %), 3 человека (27,5 %) составили группу риска. Данные результаты позволяют прийти к заключению, что в экспериментальной группе более выражен алекситимический тип личности, а в контрольной группе неалекситимический, так как данная выборка состоит из подростков психически здоровых без химических зависимостей. Среднее значение алекситимии в экспериментальной группе составило  $71,8 \pm 11,8$ , в контрольной группе  $57,6 \pm 14,1$ . Сравнение по критерию Манна — Уитни выявило достоверно значимые различия по данному параметру, при  $p \leq 0,01$ .

Результаты методики диагностики личностной тревожности показали, что в экспериментальной группе у 5 человек (33 %) умеренный уровень тревожности, у 10 человек (67 %) высокий, низкий уровень не выявлен. В контрольной группе соответственно высокий уровень отмечен у 12 человек (60 %), умеренный у 8 человек (40 %), низкий уровень не выявлен. Среднее значение личностной тревожности в экспериментальной группе составило  $49 \pm 10,8$ , в контрольной  $45 \pm 9,9$ . По данному параметру достоверно значимых различий не выявлено.

Результаты ситуативной тревожности выявили в экспериментальной группе высокий уровень у 9 человек (60 %), умеренный у 4 человек (27 %), низкий уровень у 2 человек (13 %). В контрольной группе высокий уровень ситуативной тревожности отмечен у 4 человек (20 %), умеренный у 13 (65 %), низкий у 3 (15 %).

По показателю «ситуативная тревожность» среднее значение в экспериментальной группе  $49 \pm 11,6$ , в контрольной  $32 \pm 7,8$ , выявлено достоверно значимое отличие по критерию Манна-Уитни, при  $p \leq 0,01$ . Таким образом, можно говорить о влиянии ситуативной тревожности на наркотическую зависимость у подростков.

Использование методики Басса — Дарки показало достоверно значимые различия, при  $p \leq 0,01$ , между группами по показателям «вербальная агрессия» и «подозрительность». Среднее значение по показателю «вербальная агрессия» в экспериментальной группе составило  $7,8 \pm 3,2$ , в контрольной  $4,6 \pm 2,9$ . Высокий уровень проявления вербальной агрессии имеют 50 % респондентов, средний 35 %, низкий — 15 %, в контрольной группе 25 % имеют высокий уровень, средний уровень 45 %, и 30 % низкий.

По параметру «подозрительность» среднее значение в экспериментальной группе составило  $6,1 \pm 2,2$ , а контрольной  $2,3 \pm 1,2$ . Высокий уровень по данному показателю отмечен у 75 % испытуемых экспериментальной группы и 12 % в контрольной группе, средний уровень у 25 % респондентов экспериментальной группы и у 60 % контрольной группы, низкий уровень в экспериментальной группе не выявлен, в контрольной группе отмечен у 28 % участников исследования.



Корреляционный анализ позволил определить статистически значимые взаимосвязи между алекситимией и проявлениями тревожности и агрессивности.

В экспериментальной группе выявлены положительные связи «алекситимии» с «ситуативной тревожностью» ( $r=0,64$ ) и «личностной тревожностью» ( $r=0,49$ ), а также «ситуативной тревожности» с «вербальной агрессией» ( $r=0,42$ ) и «негативизмом» ( $r=0,51$ ).

В контрольной группе «алекситимия» имеет корреляционные связи с «ситуативной тревожностью» ( $r=0,38$ ), а ситуативная тревожность связана с «обидой» ( $r=0,36$ ) и «косвенной агрессией» ( $r=0,47$ ).

Таким образом, выдвинутая гипотеза о взаимосвязи алекситимии и проявлениями тревожности и агрессивности подтвердилась. В качестве коррекционной работы с проявлениями алекситимии можно порекомендовать гештальт-терапию, комплексную арт-терапию, поведенческий тренинг.

*Пойлова Е. В., Виноградова Т. Н., Манушина Е. Н., Верещагин А. Б.*

## ПУНКТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА БАЗЕ ЦЕНТРА СПИД: РАБОТА С НАРКОЗАВИСИМЫМИ

---

В августе 2016 года на базе СПб Центра СПИД был организован пункт профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний (далее Пункт). В деятельности Пункта реализуется потенциал совместных действий государственного учреждения и некоммерческих организаций с использованием эффективных технологий аутрич-работы, кейс-менеджмента, принципов «равный–равному» и других. Работа Пункта направлена на профилактику среди представителей уязвимых групп населения: потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ) и людей, занимающихся коммерческим сексом (СР), а также их близких. Работа с посетителями ведется по принципу: «Анонимно. Бесплатно. Доступно для всех желающих».

В Пункте посетители могут получить следующие услуги: оказание консультативной помощи «равными» консультантами; направление на тестирование на ВИЧ-инфекцию; информирование о деятельности городских организаций, оказывающих медико-социальные услуги для людей, живущих с ВИЧ; обмен стерильного инъекционного материала, выдача презервативов, мазей, средств дезинфекции, распространение профилактических брошюр и буклетов. Финансирование Пункта осуществляется из двух источников в равнозначных объемах: региональный бюджет Санкт-Петербурга по профилактике ВИЧ-инфекции и хронических гепатитов В и С; Фонд помощи в области СПИДа (АНФ Россия).

Цель исследования. Привлечение к тестированию представителей уязвимых групп населения, снижение эпизодов рискованного поведения, мотивирование к регулярному диспансерному наблюдению и лечению людей, живущих с ВИЧ.



Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ данных, полученных при анкетировании посетителей пункта профилактики ВИЧ-инфекции с применением метода статистической обработки.

Результаты. Проведен анализ данных, включенных в ежемесячные отчеты Пункта за период с 01 августа 2017 года по 01 августа 2018 года. За указанный период общее число клиентов пункта составило 2197 человек. Из них 1007 человек являются ПИН, что составляет 45,8 % от общего числа посетителей. Посетители с неизвестным ВИЧ-статусом направлялись в анонимный кабинет Центра СПИД (335 человека), из которых 19,0 % являлись ПИН. Положительный результат теста среди них выявлен в 20,9 % случаев. Среди посетителей Пункта, находящихся на диспансерном учете в Центре СПИД, ПИН — 63 %, из них 77,7 % получают АРВТ.

За анализируемый период работы Пункта посетителями было сдано 6200 шприцев, выдано 47345 презервативов, оказано 556 специализированных консультаций с привлечением специалистов по медико-социальному сопровождению из некоммерческих организаций. По количеству выданных материалов на одного посетителя Пункта в среднем пришлось: 17,1 шприцев; 14,8 презервативов; 2,3 информационных материалов. Перечисленные услуги являются мотивацией для регулярного посещения пациентов Центра СПИД и, как следствие, для повышения приверженности к лечению. Повторно обращаются в Пункт за получением различных услуг 22,3 % из общего числа посетителей.

Заключение. Создание пункта профилактики на базе Центра СПИД способствует информированию представителей уязвимых групп не только о методах профилактики ВИЧ-инфекции, но и имеет важное значение в снижении риска передачи ВИЧ неинфицированным людям. Деятельность Пункта обеспечивает оказание комплекса необходимых услуг в одном месте, разрешению различных проблем и ситуаций, переживаемых людьми из уязвимых групп, что способствует скорейшей адаптации и социализации в социум.

*Полещук П. А.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТА ДОБРОВОЛЬНОЙ ТРУДОТЕРАПИИ В РЕАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

---

В этом докладе я хочу осветить результаты исследования эксперимента, который смог выявить интересные моменты и новые (как минимум в своей практике) контексты аддиктивного поведения молодых людей в возрасте до 30 лет, и мои исследования (эксперимент, в том числе над собой) проводились в реальной жизненной среде людей, употребляющих алкоголь и наркотики. Основная теоретическая и практическая база, от которой можно было оттолкнуться, — это личный опыт, опыт наблюдения работы реабилитации и прекрасно коррелирующие с этим результаты написания магистерской диссертации в РГПУ



им. А. И. Герцена и практика личного консультирования. В данном эксперименте я исследовал поведение 4 человек, употребляющих ПАВ, и благодаря тому, что выборка была скромной, это позволило получить возможность качественно обработать данные, необходимо и достаточно для того чтобы сделать полноценные выводы. Данные исследования в дальнейшем лягут в основу написания кандидатской диссертации. Цель эксперимента не носила коммерческий характер, а была исследовательской.

Краткая история эксперимента. Исследования проводились в строящемся посёлке в Ленинградской области, где были все условия для жизни, но, чтобы обеспечить себе чай, нужно было съездить за водой на велосипеде, истопить печь и т. п. В качестве объекта исследований использовались процесс и результат выполнения работы и договоренностей, способы решения бытовых моментов, история жизни, условия развития и др. биосоциальные контексты. Известно, что проблема является биосоциодуховной, но об этом уже в следующей статье.

Итак, с просьбой помочь с заработком ко мне обратилась малознакомая девушка 19 лет. И мы договорились о покраске дома, чем она и занималась в течение месяца. Затем она попросила помочь со съемом жилья ее знакомым (это 3 молодых человека от 20 до 30 лет), впоследствии удалось исследовать и работу одного из этих молодых людей на покраске гаража и командную работу троих молодых людей и самое интересное — их взаимодействие между собой в нормальной и критической ситуации.

Мой вклад заключался в создании всех условий для решения задач и строгое соблюдение договоренностей в рамках законодательства.

В результате удалось выявить ключевые моменты срыва контакта, построить схему взаимодействия между участниками, приводящую к полному провалу всех результатов труда; далее провести разъяснения участникам с помощью демонстрации схемы их контакта между собой, что позволило решить все возникшие вопросы и соблюсти договоренности.

В процессе проведения работы возникло несколько гипотез, которые подтвердились на практике:

1. Проблема аддиктивного поведения во многом решается развитием способности получать результат труда и творческим подходом к делу, и достойной наградой, при должном сопровождении и точном донесении информации есть возможность обойтись без психокоррекции.
2. Мышление человека, страдающего от аддиктивного поведения, само по себе носит творческий и креативный характер и нуждается в поддержке и структуризации.
3. Принципы Гештальт-подхода «здесь и сейчас», «завершение дел», концентрация внимания на деле — способствуют и решают множество внутриличностных конфликтов, которые провоцируют человека к деструктивному поведению и употреблению ПАВ.

Основные проблемные моменты выглядят следующим образом:

1. Невротическая связь: Я ошибся в работе — Я плохой — Нужно себя наказывать. В ходе работы такой глубокой невротической конструкции при малейшей неудаче





человек погружается в замкнутый невротический цикл с резонирующим нарастанием стресса.

2. Вопрос самоопределения решается сразу всю жизнь, а не на определенный необходимый и достаточный отрезок времени или даже в какой-то момент ситуации. Например, идея назвать себя навсегда зависимым, моляром, уборщиком и т. п. может обрекать на большую тревогу и страдания.
3. Созависимые «друзья», «родные» неизбежно оказывают основополагающее влияние, закладывают «беспомощность» в развитие ребенка, в детстве это делается с помощью импринтинга, а в зрелом возрасте это продолжается часто за счет «вероломного» нарушения личностных границ, которое, в свою очередь, приводит к неудачам в жизни, девиантному поведению и аддикции. В случае же людей, употребляющих ПАВ, но успешных в социальном смысле, возникает проблема осмысленности своего существования, когда «легкие деньги» не дают искренней радости и люди рассказывают о том, что чувствуется что-то не то..., эти выводы сами собой появляются, если отталкиваться от известных опытов. Эксперименты по исследованию импринтинга [Лоренц К., 1973] и *описания феномена «выученной беспомощности»* [Селигман М., 1967].
4. Незаконченные дела занимают мысленные ресурсы, в данном эксперименте было понятно, что все участники мысленно уже закончили работу и отпраздновали победу, в то время как по факту дом оставался недокрашенным, все конфликты возникали именно на этом этапе.
5. Суть конфликтов заключалась в выпрашивании или требовании пожалеть и «забить болт» на договоренности. «Искусство калькулирования» и «мастерство запоминания договоренностей» внезапно превращалось в веселые светские беседы (в пользу трудящихся, конечно же), но способности не утратились.
6. Двойной взаимоисключающий посыл закладывает у ребенка убежденность в собственной ненормальности: «Сынок, дать ли тебе денежек? Помочь ли с учебой — через два дня — ты скотина неблагодарная живешь за наш счет!!» [Бейтсон Г., 1969].
7. В детстве учат лжи, таким образом, что наказывают за правду. Это было видно, когда участники съезжались, когда рассказывали об истинных обстоятельствах своей ситуации, ожидая наказания.
8. Ориентация и подход к выздоровлению ошибочный. Все хотят избавиться от привычки к употреблению, но с тем, что нужно взамен, испытывают сложности даже в обсуждении.
9. Большое влияние на человека оказывает деструктивная установка: «Докажи (догадываетесь кому?!), что ты не г#но». И все поведение, стремления направлены на достижение этой цели, что само по себе является абсурдом. Если убрать деструктивные установки, то человек становится деятельный сам по себе. Не только без внутреннего напряжения, но и с нарастающим энтузиазмом.





10. Отсутствие внимания к телу и движению вызывает раздражение, которое выплескивается в агрессию на окружающих. В предыдущих исследованиях, стоит упомянуть, в реабилитации при предложении посещать спортзал только один участник до него дошел и ходил туда периодически. Выздоровление, в том числе и психическое, неизбежно не только с точки зрения улучшения метаболизма, но и с точки зрения самовыражения, не говоря уже о дополнительных бонусах в виде радости и веселья.

*Принцев Н. В., Томановская Л. Я.*

## ТРУДОВОЕ ВОСПИТАНИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ

---

В данной статье авторы хотят обозначить некоторые основные тезисы, которые являются очень важными в процессе трудового воспитания. Например, что требуется для того, чтобы предотвратить отрицательные инциденты? В чём, по мнению авторов, состоит основной корень зла? В рамках кратких тезисов чёткий ответ найти крайне сложно, но возможно сделать попытку рассмотреть уже известные факты, сопоставив их друг с другом.

Чтобы понять, почему с развалом Советского Союза возросло число наркозависимых, необходимо сравнить историю и современность. Известно, что в царское время из конопли делали верёвки и масло, так как в то время это была обычная сельхоз культура. В советское время в каждом саду росли маки, ведь семена мака добавлялись в выпечку.

Итак, что же произошло с человеком, что многие люди стали использовать растения лишь для производства наркотика?

Авторы полагают, что произошла смена парадигмы в сознании человека, где человек перестал себя ощущать хозяином своей жизни. Человек вместо того, чтобы созидать конкретные вещи, решает довольствоваться лишь удовлетворением своих чувств. То есть раньше путь эмоций был таким: желание, действие, созданный объект, удовлетворение. Эта схема была логична, ведь человек жил в близком контакте с природой, где чередуются времена года, а также имеется цикличность процессов воспроизводства.

В XX веке парадигма меняется. Появляется коронная фраза в бизнесе: «Найди потребность и удовлетвори её!» В данном случае, под «потребностью» подразумевается и «желание». То есть схема потока эмоций меняется так, что из неё уходят «действия» и «созданный объект». Это приводит к тому, что человек из желания хочет получить удовольствие, затратив минимум усилий. Поэтому наркотики широко вошли в общество, где образы «созданного объекта» приходят во время наркотического экстаза. «Деятельность» заменяется различными формами квазидеятельности, схожими с «белой горячкой». А «удовольствие» приходит не изнутри, а из внешнего источника.

Если раньше был культ созидания и труда, то сейчас у многих есть культ удовольствия. Большинство вещей, окружающих человека сегодня, это вещи купленные, то есть



сделанные вне. Также большинство продуктов покупается в магазинах, а не выращивается самостоятельно. Поэтому идёт и поиск удовольствий также извне, а не внутри. В данном случае можно определить психологическую грань, отделяющую внешнее и внутреннее. Всё реже можно увидеть посадки на приусадебных участках. Посадки, которые будут далее использоваться в пищу. При этом человек сознаётся в своей беспомощности (часто не имеющей отношения к действительности) раньше, чем попробует испытать свои силы. Ведь в школах не учат тому, как выращивать растения. Даже предмет «труд» сократили. Продукты закупаются из других регионов и даже стран, что и усугубляет аспект получения удовольствия извне.

Всё сложнее человеку создать свой собственный мир (семью, жильё, работу), в обществе муссируется тема о трудностях. Поэтому у человека возможно формирование синдрома избегания, когда в наркотиках человек ищет выход для своих психологических проблем.

Немаловажным фактором является и пропаганда идеи подчинения природы человеку. А раз природа подчиняется, то её можно перехитрить? Зачем тратить силы на аспект действия, когда можно сразу получить удовольствие? Проституция, порнография, кража — всё это пагубные явления общества, как и наркомания. Связь в этих явлениях простая — человек напрямую получает удовлетворение, не прикладывая значительных усилий. Более того, эти явления — криминальные, то есть не просто нарушают закон, а являются антиобщественными! Человек, находящийся в наркозависимости, готов пойти на любое преступление ради дозы наркотика. Далее совершаются преступления в состоянии аффекта. Поэтому для криминала очень важно наличие послушных адептов, ведь на этом и строится вся криминальная система.

Итак, мы рассмотрели достаточно фактов, чтобы предположить о взаимосвязи сельскохозяйственного труда (труда по благоустройству) и пагубных последствий асоциализации.

Теперь можно подумать о тех мерах, которые следует предпринять.

На первом месте авторы поместили необходимость раннего трудового воспитания, где в игровой форме прививались бы трудовые навыки. Также необходимо проработать систему детского труда, где с 8 лет человек мог бы выполнять некоторые функции. Следует напомнить, что в криминал дети сегодня попадают с 8-ми лет, что ставит криминал в более привилегированное положение, чем честный бизнес. Сегодня существует тенденция, где бизнес не берет на работу людей до 18 лет, чтобы не брать на себя ответственность. Хотя именно раннее трудовое воспитание способствовало бы профориентации. А когда человек приучен к заработку своими силами, умеет это делать, то возможность для вербовки в криминал практически отсутствует.

Далее следует понимать, что без системы пропаганды здорового образа жизни, а также пропаганды единения с природой (человек — часть природы), говорить о выздоровлении общества крайне сложно.



Третьим важнейшим аспектом является — ресоциализация. Очень сложная задача — дать возможность поверить человеку в собственные силы, что жить можно иначе, что этот человек нужен. Авторы провели исследование, по результатам которого было выявлено, что люди, которые изготавливали поделки из дерева, в психологическом плане были намного лучше тех, кто не делал изделий из дерева. Организация производства была бы экономически целесообразна, ведь в качестве материала использовались отходы деревообработки (горбыль, кромка). Одна мысль о том, что при помощи элементарного оборудования возможно изготовление произведений искусства, не может не влиять на состояние человека. В Ленобласти имеется множество заброшенных зданий (военных частей и заводов). Эти здания могли бы быть восстановлены, а в них размещены центры ресоциализации.

Однако с авторами статьи можно поспорить, ведь сегодня мир сталкивается с кризисом перепроизводства. Но авторы считают, что главное в трудовой социализации — наличие труда, а не количество произведённого товара. Труд — имеет разносторонние направления, что даёт широкую возможность для подбора конкретного вида труда для улучшения социализации. В дальнейшем авторы хотят протестировать модель трудовой социализации на базе производства электромобилей, где есть инновационная составляющая. Ведь человек, включаясь в интересную идею, забывает о прошлом негативном опыте.

*Пырьев Е. А.*

## КРИЗИСНАЯ СЛУЖБА В СИСТЕМЕ НАРКОПРОФИЛАКТИКИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

---

В последнее время проблема потребления психоактивных веществ среди детей и подростков не перестаёт оставаться актуальной. Если обращать внимание на факторы, которые к этому могут приводить, то нельзя пройти мимо проблемы острых кризисных состояний, в которые попадают подростки. А эти состояния могут иметь следующую депрессивную симптоматику:

- повышенная эмоциональная чувствительность,
- резкие перепады настроения,
- вспышки агрессии,
- трудности концентрации внимания,
- снижение мотивации учебной деятельности.

В целом под кризисной ситуацией понимается психологическое положение, в котором находится человек, не способный решить проблему самостоятельно.

Для кризисной ситуации характерно непосильное эмоциональное напряжение, которое обусловлено силой душевной травмы и индивидуальными особенностями личности. Человек «утрачивает себя», не может опереться на свое внутреннее «я» и не находит



опоры во внешнем мире. Он не в состоянии спланировать не только пути решения стоящей перед ним проблемы, но и свое будущее.

Главным элементом кризисной ситуации является наличие конфликта. Если конфликта нет, то нет кризисной ситуации. Традиционно конфликты делятся на внутриличностные, межличностные, внутригрупповые и межгрупповые. Во всех разновидностях конфликтов присутствует субъективное переживание личностью ситуации противоборства с другой личностью, а также с группой как целостным явлением. Внутриличностный конфликт можно назвать объединяющим, интегрирующим для других видов конфликтов. Без внутриличностного конфликта не состоится ни один конфликт, ни одна кризисная ситуация. Даже такой далекий, то есть напрямую не затрагивающий интересы человека, межгрупповой конфликт может быть смысловым для личности, например затрагивающим патриотические стороны его души.

Часто подросток, вместо того, чтобы искать помощь у специалистов, обращается в деструктивные референтные группы, которые также могут пропагандировать и наркокультуру с ее квазирекомендациями, что пробы ПАВ могут помочь подростку снизить психоэмоциональное напряжение, выйти из кризисного состояния.

В этом контексте важно в системе первичной профилактики наркопотребления в подростковой среде решить организационный вопрос, который связан с возможностью создать в системе учреждений образования (школах, ссузах, вузах) кризисные службы.

Кризисная служба призвана для оперативного разрешения ситуаций, в которых находятся подростки, как субъекты образовательных учреждений. В свою очередь, кризисная ситуация — это фактор, приводящий к нарушению психического (душевного) и физического равновесия, возникшая в результате средовых воздействий.

Организация работы такой кризисной службы требует обеспечения ее доступа со стороны подростков, родителей. Если речь идет о подростках с риском употребления ПАВ, то кризисные службы должны иметь некий централизованный орган, который бы контролировал их работу. В плане такого контроля здесь выступает центр психолого-педагогической медицинской и социальной помощи (далее — Центр). Такой Центр находится в каждом районе Санкт-Петербурга. Его важная функция в этом контексте — мониторинг деятельности кризисных служб в организациях образования, возможность активизировать межведомственное взаимодействие между учреждениями образования, органами внутренних дел, районными диспансерно-поликлиническими отделениями, которые могут активно внедриться в качестве партнеров-помощников в сопровождении подростка с риском ПАВ.

Непосредственно процесс функционирования такой кризисной службы в стенах образовательного учреждения следующий:

Информация о кризисной помощи и поддержке подросткам с риском употребления ПАВ, которые находятся в острой кризисной ситуации, поступает



от самого подростка, родителей или педагогов в самом учреждении. Специалисты кризисной службы выполняют функции психологического сопровождения субъектов образовательных учреждений. Принимают заявку от субъектов, анализируют ее, проводят предварительную диагностику психического состояния, в процессе консультирования разрабатывают индивидуальную схему выхода субъекта из кризисной ситуации.

С подростком может проводиться беседа (родители обязательно об этом информируются и дают свое согласие). В ходе беседы могут быть выявлены внутриличностные конфликты, связанные с кризисом; а также осуществлена попытка перенаправить мотивацию подростка с употребления ПАВ как единственного конструктивного способа решения такой проблемы. Обучение разбираться во внутреннем мире, обучение отреагировать сложные события в системе отношений подростка с окружающими; найти социально активные группы помощи и поддержки, которые бы имели установки на здоровый образ жизни. Алгоритм работы специалистов кризисной службы, конечно, мало отличается от важных задач организации консультационных и психокоррекционных практик. Но нужно всегда отмечать, что действия кризисной службы срочные, требующие быстрого реагирования специалистов на проблемы. Именно такая активность работы служб во многом позволяет усилить их взаимодействие с другими структурами помощи подросткам с риском ПАВ (отделы полиции, органы опеки, социальные службы).

К сожалению, не во всех учреждениях активно создаются такие службы помощи. И, как показывает практика, именно в данных учреждениях растет количество подростков, которые вовлекаются в потребления ПАВ, так как у них отсутствует информационная поддержка активного плана (ведь объявления о телефоне доверия, в том числе и о телефоне доверия наркологической помощи висят во всех школах). Поэтому от отделов образования уже на уровне района также требуются возможности проявления такой политики, которая была бы направлена на усиление срочных видов психологических услуг, которые бы во многом помогали подросткам преодолеть кризисные ситуации и не вовлекаться в потребление ПАВ.

*Рыжко П. В.*

## ФОРМЫ ПРЕВЕНЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

---

Аддиктивное поведение подростков, которое, прежде всего, проявляется в употреблении психоактивных веществ для Выборгского района Санкт-Петербурга, проблема животрепещущая. Так по данным районного антинаркотического комитета за 2018 году территориальными отделами полиции УМВД России по Выборгскому району 20 подростков доставлены за правонарушения, связанные с употреблением алкогольных напитков или нахождением в нетрезвом состоянии в общественных местах. При этом на учете в отделе по делам несовершеннолетних состоят 35 несовершеннолетних,



употребляющих спиртные напитки, 17% от общего количества состоящих на учете.

Психологическая помощь и поддержка несовершеннолетним, стоящим на учете в КДН и ЗП осуществляется и усилиями Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, который принимает активное участие в реализации индивидуальных профилактических программ, для подростков, которые стоят на учете по аддиктивной проблематике.

Одним из основных направлений деятельности учреждения является осуществление работы по предупреждению неблагополучия детей и подростков в образовательной и социальной среде. Профилактика отклоняющегося поведения несет в себе комплексную систему мероприятий, направленных на работу и помощь всем участникам образовательного процесса.

Первичная *профилактическая* работа направлена на выявление и устранение неблагоприятных факторов, вызывающих аддиктивное поведение подростков, а также на повышение устойчивости личности подростков к влиянию таких факторов.

Используемые методики:

- Диагностика факторов риска «Отношение к ценности здоровья и ЗОЖ»;
- Диагностика незаконченные предложения «Моё здоровье»;
- Диагностика факторов риска «Путешествие в мир своего Я»;
- Диагностика агрессивности. Методика Л. Г. Почебут;
- Диагностика предрасположенности личности к конфликтному поведению. К. Томаса;
- Комплексная оценка проявлений стресса у учащихся;
- Диагностика факторов риска приобщения к употреблению ПАВ;
- Учебно-диагностическое занятие. Методика: Экспресс опросник «Индекс толерантности»;
- Информационно-диагностическое занятие «Осторожно! Стресс»;
- Проект «Современные угрозы в подростковой среде» Шкала риска школьного буллинга Н. А. Польской;
- Тест склонность к зависимому поведению (В. Д. Менделевича);
- Методика «Здоровый образ жизни» А. Галицкий;
- Соц. психологическое тестирование на предмет выявления раннего потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Специалисты Центра используют следующие формы профилактической работы:





**Организация социальной среды.** В ее основе лежит работа, направленная на формирование представлений о влиянии окружающей среды на личность подростка — проект «Профилактика саморазрушающего (рискованного поведения)».

Информирование обучающихся проводится в форме лекций, бесед, семинаров:

- Информационный проект «Ваш выбор: мода или свобода?!»;
- Информационный проект по профилактике зависимого поведения «Мир вокруг тебя»;
- Информационный проект «ВИЧ/СПИД: ЧТО ЭТО? (вопросы и ответы)»;

Суть данной работы заключается в повышении грамотности по вопросам ведения здорового образа жизни. Такие формы работы направлены на обсуждение последствий девиантного поведения и способов воздержания от него, на выработку активной личностной позиции.

**Формирование социально-важных навыков.** Данная форма профилактической работы реализуется в форме групповых занятий, игр:

- Групповые занятия для учащихся школы по сохранению и укреплению здоровья «Правильный выбор»;
- Информационно-практическое занятие «Умей сказать «нет»!»;
- Игра «Перекресток: шаг в будущее?!»;
- Групповые занятия для детей по профилактике аддиктивного поведения «Окна»;
- Игра по итогам диагностики «Думай о будущем»;
- Игра «Волшебники в стране здоровья»;
- Фокус-группы «Ценности современного мира».

В ходе работы формируются навыки противостояния деструктивному влиянию, аддиктивным установкам; развитию способности говорить «нет» в случае давления сверстников. Для предупреждения аддиктивного поведения подросткам предлагают варианты конструктивного решения и формируют правила поведения в стрессовых ситуациях, развитие позитивных ценностей. Основной целью является формирование навыков самоконтроля, уверенного поведения, повышение стрессоустойчивости.

**Организация деятельности, альтернативной аддиктивному поведению.** Эта форма работы направлена на формирование поведения заместительного девиантному:

- Добровольческая акция «Дерево мира»;
- Добровольческая акция «От чистого сердца, простыми словами»;
- Добровольческая акция «Утро начинается с зарядки»;
- Добровольческая акция «Жизнь»;
- Добровольческая акция «Курить — Здоровью вредить!»;



- Добровольческая акция «СТОП»;
- Добровольческая акция «Будь здоров».

Эффективность психолого-педагогической деятельности дополнительного образования по профилактике аддиктивного поведения зависит от регулирования социального взаимодействия подростка с социальной средой. Выявленные во время отклонения в поведении подростков, а также грамотно организованная психолого-педагогическая помощь могут сыграть решающую роль в предотвращении деформации личности подростка, которая приводит к правонарушениям и зависимостям.

*Савельев Д. С., Жерлыгина Е. С.*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПОРТА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ

---

Цель профилактики наркомании в обществе не требует подтверждения своей актуальности. Достаточно увидеть цифры статистики распространения этого пагубного явления в России за последние годы.

Спорт не всегда спасает от наркомании и алкоголизма и тому немало примеров среди бывших спортсменов, которых затянуло в воронку зависимости. Также можно привести множество примеров применения допинга спортсменами, а допинг приравнивают к использованию наркотиков.

Но есть много спортивных практик, которые работают. Важно оценить и понять их значимость, возможности и ограничения в использовании.

Прежде всего, нужно определиться, что такое спорт. Он может быть напряженным монотонным физическим трудом (лыжные гонки), видом искусства (художественная гимнастика, фигурное катание) или формой развлечения и активного досуга. Но самое главное в определении спорта — это состязательность, принцип соревнования с самим собой или соперником (соперниками).

Человечество занимается спортом с древнейших времен, и он может оказывать позитивное влияние во многих сферах жизни разными путями.

В частности, это получение удовольствия от игры, состязание, избавление от скуки путем структурирования свободного времени, социализация в командных видах и по причине необходимости соблюдать спортивные правила, взаимодействие с товарищами по команде для достижения победы, проверка своих максимальных физических возможностей, преодоление страхов, связанных с риском, в целом, укрепление морально-волевых качеств и избавление от стресса, появление дружеских связей, возможность зарабатывания денег, возможность самореализации.



Исследования ученых показывают, что спорт повышает самоуважение, стрессоустойчивость, повышает академическую успеваемость, укрепляет семейные и дружеские взаимоотношения. И это далеко не все возможности спорта.

В свете профилактики наркомании можно увидеть, что многие возможности спорта являются хорошей защитой от ухода человека в наркозависимость.

Спорт может давать такие эмоции и чувства, как возбуждение, чувство риска, веселье, радость достижения, что нередко ищут в применении наркотиков.

Но спорт может оказывать позитивное влияние на профилактику при соблюдении нескольких условий. Самое главное из них — соблюдение fair play (честной игры), уважение к членам своей команды и тренерам, к соперникам, к самому себе, к своему виду спорта. Тогда вопрос употребления допинга, например, снимается автоматически.

Использование спорта в профилактике наркомании должно учитывать много факторов. Например, если пытаться заставить заняться спортом группу подростков, которые не хотят им заниматься — это будет бессмысленным занятием. Но есть высокий шанс найти практически для любой группы тот вид спорта, который их увлечет.

В различных видах спорта мы можем найти возможности для профилактики наркомании. В командных видах спорта хорошо развиваются социальные навыки, управление конфликтными ситуациями и совместная деятельность. В индивидуальных видах спорта развиваются такие качества, как самостоятельность, самодисциплина, постановка и достижение цели. Экстремальные виды спорта могут дать ощущения приключения и риска для спортсмена, что может быть альтернативой использования наркотиков.

Для профилактики наркомании можно использовать следующие подходы: пропаганда спорта с fair play (честная игра), информирование спортсменов о вреде допинга и наркотиков, улучшение и укрепление взаимосвязей в спортивном коллективе, соблюдение правил коллектива, личный пример ведущих спортсменов группы и тренеров.

В плане профилактики наркомании на первый план в спорте выходит не достижение высшего спортивного результата, а именно вышеозначенные принципы. Также не должно быть перегиба в сторону спортивной деятельности в данном случае, чтобы интерес и увлеченность выбранным видом спорта не ослабевали. Самое главное в этом аспекте — это уважение и fair play, вот что создает ценность предотвращения наркомании.

Спорт, за счет развития таких жизненно важных навыков, как общительность, уверенность в себе, принятие решений, способность управлять сильными эмоциями, создает базу для эффективного противодействия таким слабостям человечества, как наркомания. В отличие от скучных лекций о вреде наркотиков, здесь такая же полезная информация может быть дана тренером или лидерами команды в процессе живого общения и взаимодействия.

В процессе занятий спортивной деятельностью появляется возможность давать информацию по профилактике наркомании для всех спортсменов группы, причем восприимчивость ее будет гораздо выше, чем при обычных лекциях.

Итак, усиленное воздействие на человека, пришедшего в спорт, оказывают: внутренние связи в команде и копирование спортсменов-лидеров, влияние тренеров на поведение,



спортивная деятельность подразумевает более здоровый образ жизни, физические упражнения и правильное питание, что не оставляет места для таких вредных привычек, как курение, алкоголизм и наркомания.

Для профилактики наркомании средствами спорта необходимо создавать программы, встроенные в спортивную деятельность. В рамках таких программ должно происходить освещение всех негативных аспектов употребления любых видов наркотиков.

Для того чтобы быть эффективной, такая программа должна привлекать молодежь, заинтересовывать. Она должна учитывать интересы и ценности группы, быть увлекательной, связанной с их интересами, быть доступной, давать возможности для дальнейшего общения, включать в себя общение с ведущими спортсменами и тренерами как ролевыми моделями. Их роль в программах профилактики наркомании огромна, особенно у тренеров, так как они владеют вниманием спортсменов на протяжении всех тренировочных занятий и оказывают большое влияние не только на развитие физических и технических качеств, но и на воспитание спортсменов.

Тренер должен уважать спортсменов и их возможности, любить свой вид спорта, пропагандировать *fair play*, быть надежным и терпеливым, заботиться о здоровье и хорошем самочувствии своих подопечных.

Тренер должен постоянно развиваться в следующих областях: знании своего вида спорта и новых методик обучения, в понимании молодежной культуры, развивать навыки коммуникации, включать в занятия информацию о вреде наркотиков в правильном ключе, взаимодействовать с лидерами спортивной группы, общаться с родителями.

Таким образом, ключевые точки использования спорта в профилактике наркомании могут быть такими:

- Спорт дает возможность для соревнования, радости от достижений и саморазвития;
- Спорт дает возможность развивать не только физические, но и морально-волевые качества;
- Спорт имеет смысл в условиях *fair play* (честная игра);
- Фундаментальная часть *fair play* — уважение к сопернику, тренеру, товарищам по команде, официальным лицам соревнований, себе.

Правильные установки в спорте сами по себе являются хорошей базой для профилактики наркомании, поэтому любая нечестная деятельность в спорте должна немедленно караться, а яркие проявления *fair play* — поощряться.

В рамках спортивной деятельности необходимо проводить занятия, пропагандирующие здоровый образ жизни и объясняющие безусловный вред использования любых наркотических средств. Также необходимо включать короткие информационные сообщения на эту тему непосредственно в тренировки, не в рамках отдельных занятий. Не стоит забывать, что ключевым источником



воздействия на группу является тренер. Но эта информация должна исходить не только от тренера, но и от ведущих спортсменов, родителей и т. д.

Работа программы по профилактики наркомании должна быть не разовой, а постоянной, с периодической оценкой ее эффективности.

*Середа М. В., Смирнова А. А.*

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕРВИСОВ И СО НКО В СФЕРЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

---

На сегодняшний день в Санкт-Петербурге государственные услуги по социальной реабилитации лицам, имеющим наркотическую зависимость, предоставляются в 18 районах города в Центрах социальной помощи семье и детям, в Комплексных центрах социального обслуживания населения и в Кризисном центре помощи женщинам. Для предоставления социальных услуг гражданам с наркотической зависимостью и членам их семей в государственных учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга созданы специализированные отделения и службы\*. В нескольких районных учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга функции по работе с наркозависимыми гражданами и их родственниками переданы отделениям, работающим с гражданами в трудной жизненной ситуации и отделениям профилактики безнадзорности несовершеннолетних.

С целью изучить интенсивность взаимодействия государственных учреждений социального обслуживания населения с негосударственными организациями по вопросу предоставления услуг по социальной реабилитации лицам, имеющим наркотическую зависимость, сотрудники учебно-методического отдела по социальной реабилитации и ресоциализации лиц с зависимым и созависимым поведением СПб ГБУ Городской информационно-методический центр «Семья» запросили у руководителей отделений государственных учреждений информацию о взаимодействии с СО НКО по вопросам сотрудничества и перенаправления клиентов за период с января по июнь 2018 г. А именно: с какими организациями осуществляется взаимодействие и по каким направлениям работы, сколько человек было направлено государственными учреждениями в СО НКО за получением услуг, и сколько человек обратилось в учреждения социального обслуживания по направлению сотрудников СО НКО. Запрашиваемую информацию предоставили 17 отделений из 19, оказывающих социальные услуги наркозависимым гражданам и членам их семей.

---

\* Во исполнение пункта 3.3.6 Решения выездного совещания председателя Государственного антинаркотического комитета по теме «Создание системы социальной реабилитации и ресоциализации наркозависимых как фактор развития регионов Северо-Западного федерального округа» от 30.11.2011 и пункта 2.4.2 протокола расширенного заседания Антинаркотической комиссии в Санкт-Петербурге от 21.12.2011 №4.





Список организаций, с которыми государственные учреждения социального обслуживания населения в целом осуществляли взаимодействие в период с января по июнь 2018 года по вопросам сотрудничества и перенаправления клиентов, включил 43 организации, реализующих свою деятельность в различных направлениях социальной помощи гражданам. Среди них: информационно-консультативные центры, благотворительные организации, благотворительные магазины, приюты, реабилитационные центры и пр.

Государственными учреждениями социального обслуживания населения всего заключены соглашения о сотрудничестве с 12 СО НКО.

Из 12 организаций, осуществляющих взаимодействие на основе соглашения/договора, стационарные услуги по социальной реабилитации лицам с зависимым поведением оказывают только две: МБОО «Благодать» и Центр реабилитации «Дом надежды на Горе».

Анализ данных показал, что с 01.01.2018 по 30.06.2018 г. из 19 государственных учреждений социального обслуживания населения только 8 учреждений перенаправили своих клиентов в СО НКО для получения социальных услуг, что составляет 42 % от общего количество учреждений.

В свою очередь СО НКО в период с 01.01.2018 по 30.06.2018 г. перенаправили своих клиентов в 6 государственных учреждений социального обслуживания населения, что составляет 31,5 % от общего числа государственных учреждений.

Взаимодействие государственных учреждений социального обслуживания населения с негосударственными организациями, оказывающими помощь лицам с зависимым и созависимым поведением, в основном направлено на получение срочных социальных услуг, таких как материальная (продуктовая, вещевая) помощь, восстановление документов, предоставление кризисного жилья. Основные направления, по которым осуществляется взаимодействие, представляют собой виды помощи, которые не могут быть предоставлены в государственных учреждениях.

Также прослеживается низкая потребность/запрос в получении услуг по социальной реабилитации в стационарной форме.

Интенсивность взаимодействия государственных учреждений социального обслуживания населения с СО НКО зависит от 2 факторов: от срока существования отделения, предоставляющего услуги наркозависимым гражданам и от институциональной формы отделения — было оно создано как самостоятельное специализированное отделение, либо через реорганизацию уже действующего отделения (создание службы или делегирование дополнительных функций). В реорганизованных отделениях потребители наркотиков и созависимые близкие не являются основной клиентской группой, и поэтому стратегия взаимодействия выстраивается на основании уже сложившихся связей. Реорганизованные отделения используют в своей работе те ресурсы, которыми они пользовались в течение нескольких лет (помощь ВИЧ-инфицированным, многодетным, одиноким матерям, выпускникам детских домов, освободившимся из мест лишения свободы).





Смирнова Н. В., Тельпис П. С.

## РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИМЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ ГНБ ОМР № 4

Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга в рамках Городской целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2008 гг.» были созданы реабилитационные центры на базе Межрайонного наркологического диспансера № 1. 25 января 2008 года был открыт Наркологический реабилитационный центр № 4 (в настоящее время ОМР № 4), созданный при поддержке Администрации Калининского района Санкт-Петербурга.

В ОМР № 4 ведется комплексное лечение и реабилитация, включающая работу по трем направлениям: медицинское, психокоррекционное и социальное.

Лечение пациентов с химической зависимостью, как правило, проходит в соответствии со следующими этапами:

**I период: предреабилитационный.** Реализуется в стационарных условиях (например, на базе Городской наркологической больницы).

Задачи:

1. Диагностика, обследование, медикаментозная терапия.
2. Психотерапевтические и психологические: установление контакта, формирование и укрепление мотивации к лечению и участию в реабилитационной программе.

**II период: собственно реабилитационный** (проводится в условиях дневного стационара, в т. ч. на базе Отделения медицинской реабилитации № 4)

Этапы (до 1-года): адаптационный, интеграционный, стабилизационный

*Адаптационный этап.*

**На 1 этапе: Приспособление больных к условиям и режиму дневного стационара.**

Обследование:

- Анализы крови на маркеры гепатитов В и С, RW, Ф50. Перед взятием анализа на Ф50 проводится дотестовое консультирование, в дальнейшем проводится послетестовое консультирование независимо от того, положительный результат или отрицательный. Далее анализы повторяются (при отрицательном результате) с периодичностью 1 раз в 6 месяцев с проведением до- и послетестового консультирования.
- ФЛГ 1 раз в 6 месяцев, так как эта категория пациентов находится в группе риска.
- По показаниям пациенты могут быть направлены в поликлинику по месту жительства на биохимический анализ крови, общий анализ крови и пр.



*Фармакотерапия:*

- Коррекция аффективных, интеллектуально-мнестических и поведенческих нарушений.
- Противорецидивная терапия .
- Коррекция соматоневрологических нарушений.

*Мотивационная работа:*

- Выявление мотивов употребления ПАВ
- Выявление мотивов реабилитации и перевод внешней мотивации (желание близких, обнаружение инфекционных заболеваний, материальные трудности, трудности с законом и пр.) в осознанное желание отказа от употребления.
- Обесценивание употребления ПАВ.
- Поддержание усилий пациента по преодолению абстинентного синдрома и «тяги».
- Работа с членами семьи пациента, направленная на формирование адекватной стратегии общения с зависимым.

**На 2 этапе: Работа над психотерапевтическими и психологическими мишенями.**

- групповая и индивидуальная психотерапия (интеграция психодинамического, когнитивного, поведенческого подходов);
- тренинговые занятия;
- арт-терапевтические группы (кинотерапия, библиотерапия, арт-терапия);
- динамическое обследование у медицинского психолога;
- организация досуговых мероприятий;
- групповая и индивидуальная психокоррекционная работа с родственниками наркозависимых;
- работа с кризисными состояниями (принятие диагноза ВИЧ, консультирование по работе СПИД-центра Санкт-Петербурга).

**На 3 этапе: Восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, возвращение их в семью и общество.**

- Акцент на психосоциальный аспект.
- Профессиональная ориентация.
- Содействие в трудоустройстве больных.
- Налаживание семейных связей.
- Формирование адекватной системы ценностей.



- Коррекция соматоневрологических нарушений.
- Мотивирование на получение соответствующей помощи пациентов с ВИЧ и гепатитом.

Программа индивидуального психолого-социального сопровождения реабилитантов с химической зависимостью предполагает выполнение ряда сквозных задач на всех этапах:

- осознание своего заболевания (психической зависимости) и отдельных его проявлений;
- консультирование по вопросам взаимодействия в семейной системе;
- психодиагностика;
- психокоррекция;
- профориентационное консультирование;
- стимулирование к осознанию старых и приобретению новых интересов и конструктивной организации своего досуга реабилитантами;
- привлечение к работе созависимых.

Ведется социальная работа:

- Содействие в трудоустройстве: взаимодействие с АЗН. Консультирование по вопросам социальной защиты, по правильности оформления документации для постановки на учет в АЗН. Помощь в восстановлении различных документов.
- Поддержание контакта с выписанными из ОМР пациентами, сбор катamnестических данных.
- Воспитательная работа и организация досуга (театры, библиотека, кинотеатры, музеи, массовые спорт. мероприятия (катание на лыжах, коньках); турниры по шахматам и по настольному теннису, футбольные матчи, среди участников реабилитационных программ, творческие вечера.
- Социальное обследование пациентов и их родственников для улучшения качества и соответствия социальной помощи, вовлечение пациентов в трудовую и лечебную деятельность, восстановление трудовых навыков.

Также, ОМР№ 4 для решения реабилитационных задач и в целях оказания наиболее качественной, полной комплексной помощи пациентам активно сотрудничает с различными организациями Санкт-Петербурга: Городская наркологическая больница, Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, Центр социальной помощи семье и детям, СПИД-центр, диспансерные поликлинические отделения СПб, районные поликлиники, социальные службы города и района, общественные и религиозные организации, частные лица.

**III период: постреабилитационный** (профилактический, проводится в амбулаторных условиях на базе ОМР№ 4).



Пациент, как правило, на этом этапе занят на работе и посещает центр по индивидуальному реабилитационному плану. На данном этапе решаются следующие задачи:

- терапевтические: поддерживающая симптоматическая терапия и терапия соматических расстройств;
- психотерапевтические: поддерживающая и коррекционная психотерапия;
- социальные;
- профилактические: профилактика рецидива.

#### **Программы реабилитации в ОМР № 4:**

1. Полный курс Реабилитационной программы в дневном стационаре рассчитан до 1 года (в индивидуальной или групповой форме работы) и до 2-х лет в амбулаторном отделении.
2. Амбулаторный курс реабилитации это реабилитация в амбулаторном отделении — составляется индивидуальная программа работы с пациентом (в индивидуальной форме работы) и индивидуальный график посещений специалистов (в случае занятости на работе или др. обстоятельствах, не позволяющих пациенту ежедневно посещать центр). Данный курс может продолжаться до 2-х лет.
3. Реабилитационный курс в дневном стационаре рассчитанный до 1-го года (в индивидуальной или групповой форме работы, см. приложение) с ежедневным посещением.
4. Вечерний амбулаторный тематический реабилитационный курс, состоящий из 2-х этапов, первый этап, состоящий из 24-х тем, рассчитанных на 6 мес., и 12 тем, рассчитанных ещё на 6 мес., в амбулаторных условиях для работающих пациентов, направленных на лечение по приговору суда или по административному нарушению.

В настоящее время пациенты в ОМР№ 4 поступают: по направлению ДПО различных районов, в основном из Калининского и Выборгского районов; из ГНБ; из УИИ; из ЦСПСиД (центр социальной помощи семье и детям из отделения социального сопровождения лиц употребляющих ПАВ).

Далее:

1. Пациент с направлением поступает в ОМР№ 4 в амбулаторную программу реабилитации на мотивационный этап, при достижении мотивации на лечение и возможности посещать ежедневно реабилитационную программу, переводится в дневной стационар в групповую или индивидуальную форму посещения с медикаментозным поддерживающим лечением.
2. После выписки из дневного стационара пациент переводится на амбулаторное посещение по индивидуальному графику на профилактический этап для профилактики рецидива.



3. Во время прохождения реабилитации, пациент принят на социальное сопровождение в ЦСПСиД для трудоустройства.
4. При успешном окончании 3-х годичной амбулаторной реабилитации пациент может подавать заявление на снятие с диспансерного наблюдения в ДПО.
5. По окончании реабилитационного курса пациенту выдаётся выписка о прохождении того или иного курса реабилитационной программы и аналогичная выписка направляется в ДПО, откуда был направлен пациент.

Опыт показывает, что только после такого этапного комплексного лечения с постепенным наделением ответственности (из закрытых вынужденных условий отказа от употребления ПАВ до осознанного самостоятельного отказа от употребления ПАВ зависимыми), можно добиться длительной качественной ремиссии.

#### Приложение

#### Расписание лечебно-реабилитационных мероприятий ОМР№ 4

Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
<b>9.00–11.00</b>				
- Индивидуальное консультирование - Психологическая коррекция - Выполнение врачебных назначений	- Индивидуальное консультирование - Психологическая коррекция - Выполнение врачебных назначений - ЛФК	- Индивидуальное консультирование - Психологическая коррекция - Выполнение врачебных назначений	- Индивидуальное консультирование - Психологическая коррекция - Выполнение врачебных назначений	- Индивидуальное консультирование - Психологическая коррекция - Выполнение врачебных назначений - ЛФК
<b>11.00–12.30</b>				
- Психодинамическая группа - Мотивационная группа для вновь поступивших	- Психодинамическая группа - Мотивационная группа для вновь поступивших	- Психодинамическая группа - Мотивационная группа для вновь поступивших	- Психодинамическая группа - Мотивационная группа для вновь поступивших	- Психодинамическая группа - Мотивационная группа для вновь поступивших
<b>12.30–13.00</b>				
ОБЕД	ОБЕД	ОБЕД	ОБЕД	ОБЕД Собрание специалистов и пациентов 13.00-13.10
<b>13.00–14.00</b>				
Мотивационный тренинг	Пастырский час и курс основ духовного просвещения	Коммуникативный тренинг	Арт-терапия	Библиотерапия
<b>15.00–16.00</b>				
Группа по заданиям	Арт-терапия	Библиотерапия	Музыкальная терапия	Группа по заданиям
<b>16.00–...-</b>				
Кинотерапия 16.00-18.00	Театральная студия	ЛФК Трудотерапия	ЛФК Трудотерапия	Группа итогов за неделю 16.30-17.30
<b>18:30–19:30</b>				
Группа работы с тематическими заданиями			Группа работы с тематическими заданиями	Группа для созависимых (18.30-20.00)
<b>18.00-20.00</b> Самостоятельная работа с заданиями				



*Томановская В. В., Ершов А. Г.*

## ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЦИФРОВИЗАЦИИ В ИЗУЧЕНИИ ПРОБЛЕМАТИКИ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОМАНИИ

---

Сегодня за рубежом принято считать ореолом научной обоснованности в сфере социальной всеобъектности труды Карла Поппера, разработавшего типизацию такого понятия, как Открытое общество. Взяв за основу своё философское кредо в выработке методик новых социальных конструкций, Карл Поппер предложил для России отмену Уголовного кодекса как такового с внедрением Уголовного права, принятого в современной Франции и Германии [Поппер К., 1992].

Какую же основную концептуальную позицию предложил этот философ, ставший некоторым столпом для тех, кто сегодня открыто предлагает легализацию наркотиков? Рассуждая о различных способах получения знаний, что является ныне стремлением на Западе к перманентному образовательному процессу, Карл Поппер был убеждён, что любой человек имеет право на социальный критицизм, оставаясь за рамками действия уголовного права. В то же самое время, рассуждая о вседозволенности в социальной сфере, идеолог «открытости» и пересмотра исторических концепций, начиная с философских взглядов Платона, Карл Поппер смог «успешно» проигнорировать взгляды Аристотеля и его последователей на необходимость энциклопедической систематизации полученных знаний.

Что это предполагает на современном этапе? Говоря о развитии наркомании, как социальном явлении, которое сегодня доступно учёным проанализировать с точки зрения цифровой обработки самых широких слоёв информационного поля, долгое время не учитывались два основных фактора. Сформулируем их следующим образом. Одну группу тенденций нужно скомпоновать в качестве учения Карла Поппера, претендующего на исторический критицизм, требующий неоправданный пересмотр сложившихся доказательств историографов, а второй, не менее важный фактор, что Карл Поппер, сменивший множество профессий в своей жизни, начиная с музыкальных претензий до краснодеревщика, учителя физики, объявил себя мэтром философии, а затем и Уголовного и Гражданского права во вселенских масштабах, так и не изучив медицины и физиологии.

Что мы можем наблюдать сегодня? Увлечённость творчеством Виктора Цоя многие стали отождествлять с его ролью в кино, где он эффектно делает себе укол...

Итак, Виктор Цой, работая в кочегарке, владея музыкальными импровизациями на уровне самоучки, мечтал преодолеть путь к мировой известности за короткий временной промежуток, что ему удалось, сформировав определённый шлейф сомнительной подражательности. Сегодня учёные должны определиться в систематизации признаков наркомании как таковой, говоря не только о так называемой наркомании, связанной с употреблением определённых препаратов,





но и ментальной наркомании, идеологом которой по праву можно считать Карла Поппера, долгие годы преподававшего философию в Новой Зеландии, в связи с отъездом из Австрии в 1937 году, а затем и в Лондоне.

Что произошло сегодня в ориентации идеологии королевского семейства под влиянием взгляда того же Поппера, который добился, чтобы ему был присвоен титул дворянина Английского двора? Можно ли вообще считать преподавателя вуза «дворянином», если у него нет поместья и поместных крестьян, которыми он призван управлять? Согласно теории того же Поппера, подобие «двора» он стал считать свои «студенческие уголья», где наркотические средства — это один из элементов этого ментального управления.

Екатерине Второй приписывается известная фраза: «Пьяным народом легче управлять». Наркотическая зависимость тоже предполагает некоторое удобство в ментальном управлении обществом.

Что можно наблюдать сегодня? Обширную рекламу всевозможных видов алкогольной продукции, табачных изделий, продуктов питания, где в непомерных количествах используются трансжиры, а также целую сеть лечебных учреждений, которые предлагают лечение от алкогольной, наркотической, фармацевтической или пищевой зависимости, когда ментально пациенты теряют свою психоэмоциональную свободу. Что же можно изменить, используя современные цифровые методики?

Можно проанализировать значительные информационные пласты, выстроив периодизацию исследуемых процессов. Если взять за основу исследований, например, период опричнины при дворе Ивана Грозного и проследить за развитием почти на 450 лет, то мы обнаружим наивысшую резистентность отдельных семейств, дошедших без особых потрясений до наших дней. Не называя фамилии обследованных групп (по этическим причинам), авторы данного исследования пришли к интересным выводам. Исследовав историю этих семейств, являвшихся родственниками Бориса Годунова, авторы выяснили, что представители этого клана смогли многие годы оставаться на вторых ролях, не бросаясь в глаза историкам.

В чём причина этого стойкого выживания? В наше время стремление к многодетным семьям, как и умышленное проживание в сельской местности, не пользуется популярностью. Однако именно эти родственники Годунова, в связи с его сокрушительным политическим крахом, покинув Москву, предпочли рассредоточиться вблизи больших городов, занимая, как принято сейчас говорить, среднюю или даже низшую социальную нишу. Но, если во времена опричнины эти родственники Годунова получали вознаграждения из казны, то в последующие столетия они приспособились получать социальные льготы, используя законодательство того или иного режима. В советский период многодетные семьи могли безбедно существовать, получая социальные пособия, а также пользуясь производственной «растаскилкой», что было характерной чертой того времени. Например, устроившись на должность лесника, можно было незаметно приторговывать лесом, а будучи дояркой, снабжать свои обширные семьи молоком, из которого получали творог, сметану и т. д.

Что характерно? В таких семьях многие столетия передавался в качестве основного завета принцип экологического питания. Иерархия таких семейств основывалась на клановом принципе, вне зависимости от происходящих вокруг социальных процессов. Не гоняясь за административными должностями, политическими возможностями, они



сохранили высокие репродуктивные свойства, демонстрируя резистентность к такому явлению, как наркомания. В этих семьях не отказываются от никотина и алкоголя, но стремления к наркотикам выявлено не было. Известно, что употребление наркотика вызывает погружение в новую реальность в связи с уходом от повседневности. Но есть группы (в том числе исследованные семейства потомков родственников Годунова), которые считают свои жизненные установки гораздо важнее всего того, что предлагается им извне, то есть за семейными ориентирами.

Проанализировав известный голод во времена Ивана Грозного, не давшего народу зерна из многочисленных царских житниц, авторы данного исследования обнаружили, что был период оттока жителей из городов в сельскую местность с целью найти пропитание. Самые предусмотрительные в тот период взяли курс на асоциализацию традиционных ориентиров. Это можно назвать склонностью к криминальной составляющей, замаскированной под возможность злоупотребления фондами общественного потребления. Доминантой психологической устойчивости была выработана концепция проживания и выживания собственного клана, в том числе за счёт использования потенциала дикорастущих растений, включая грибы, ягоды, охоты и рыболовства. Эти тенденции сохранились в потомках Годунова и сегодня.

Таким образом, физиологическая, многовековая ориентация на формирование семейной, экологической пищевой цепочки помогла этим семействам проигнорировать сегодняшние предложения рынка наркотиков. Авторы исследовали места проживания исследуемых групп. В тех же населённых пунктах многие покинули свои дома, переехав жить в города, употребление наркотиков доходит сегодня и до самых отдалённых окраин, но потребителями наркотического рынка становятся те, у кого сформирована социальная и физиологическая потребность к употреблению наркотиков.

Авторы столкнулись с таким парадоксом, что исследуемые группы ментально остались на уровне освоения одной профессии на уровне ПТУ — повар, сварщик, швея и т. д. Однако, не утруждая себя прочтением книг, журналов, ограничиваясь только просмотром телевидения, исследуемые группы сформировали высокий уровень самооценки, заключающийся в том, что они считают свои семейные советы, и сегодня ещё сохранившихся многодетных семей, основным руководством к действию. Учитывая многочисленную родню, в данной исследуемой категории нет недостатка в поводах собираться вместе на день рождения, Новый год и т. д., где тщательно готовится праздничный стол. Украшением стола традиционно являются (помимо алкогольных напитков) солёные грибы, сушёная рыба, варенья собственного приготовления и т. д. И в этом, наверное, заключается физиологическая резистентность по отношению к наркомании в качестве явления.

Наркомания в «классическом» варианте развития, например, в Лондоне, предполагала опору на некую философскую основу в стиле идей, аналогичных учению Поппера, где внушалась некоторая «открытость», «раскованность», когда употребление наркотиков подразумевало некоторую «условно праздничную» обстановку с погружением в новую реальность. Основа многодетных кланов,



сформированных по принципу пахана (пахан — чёрный окунь в переводе с нанайского языка), предполагает принцип рыбьей стаи, где доминантное влияние оказывается главой клана на остальных членов этого сообщества. И наркотик, в качестве «объединяющего» средства, здесь оказывается излишним. Факторы респектабельности выстраиваются внутри данного мини социума, где внешние факторы воздействия в виде предлагаемого наркотика неукоснительно отвергаются.

Какие выводы авторы могут сделать? Сегодняшние совещания по рыбной тематике многочисленных торговых сетей обсуждают проблематику, что рыбная продукция не пользуется популярностью среди населения, потому что рыбу нужно долго готовить, а приготовление рыбы нужно свести ко времени приготовления блюда из филе курицы, то есть двадцать минут. Но при этом вовсе не учитывается, что есть немало рыбаков, которые занимаются уловом для продажи, а многие ловят рыбу, чтобы употребить её в пищу для себя.

Однако есть и другой тип отношения к пищевой цепочке, сформированный ещё со времён опричнины. Таким группам интересно, именно интересно добыть себе пищу, чтобы пища казалась с ореолом романтичности. Это поиск грибов в лесу, сбор ягод, той же земляники на «своих» местах. Особым романтизмом пользуется «добыча» пропитания на поле фермера (в царское время на барском поле, в советское — на колхозном), в саду дачника. Такое мелкое хищение у тех, кто, по мнению исследованной группы, является простофилей, приветствуется в таком сообществе. Например, устроиться для производства ремонта к дачнику (починка крыши, забора), а потом и «присвоение» части инструмента того, у кого они занимались ремонтом. Такие заимствования они считают нормальными. То есть идеология оправдательной kleptomании здесь преподносится целью сохранения благополучия клана.

Что можно взять на вооружение у исследованной группы в качестве поведенческого императива? В современном обществе размыты семейные ценности, создавая социальную нишу для внедрения наркомании, когда нарциссизм употребляющего наркотики определяется им значительно выше, чем соизмеримые с этим страдания родных.

Вторым важнейшим фактором является деградация исследований, в том числе со стороны научного сообщества, физиологического фактора при учёте благоприятного развития наркомании.

Отсутствие в школах уроков домоводства, с потерей ведения методики разумного домохозяйствования в семье, приводит к тому, что утрачены или не приобретены навыки домашнего приготовления пищи. Еда заменяется фастфудом, а по данным ВОЗ, 80 % заболеваний в мире вызвано последствиями употребления пищи «быстрого» приготовления.

В городах наркомания в немалой степени сформирована желанием «перекусить на ходу», еда воспринимается некоторыми категориями, как «быстрый укол», что имеет пагубные психологические последствия.

Авторы обследовали многие группы городского населения, констатируя, что рваные джинсы, лирический беспорядок в виде причёски на голове — это предтеча облика наркомана, которого внешний вид совершенно не волнует.



Что же было выявлено в исследуемой группе потомков родственников Годунова? Здесь на выбор кепки, туфель, куртки тратится немало времени. Конечно, авторы не призывают к фетишизму, когда потребительские страсти станут доминантой поведенческого стереотипа, но и индифферентность, наблюдаемая в студенческой городской среде, когда неряшливость становится отличительной особенностью внешнего облика, не может не настораживать.

Сегодня на многих научных конференциях обсуждаются вопросы необходимости легализации наркотиков, атрибутируя этот постулат правом каждого на собственный выбор. Но данная постановка о легализации наркотиков предполагает, что в обществе сейчас слабо озвучены физиологические особенности организма, нуждающегося в полноценном питании, обогащённом достаточным количеством витаминов. На начальной стадии нужно избавиться от социального явления «одиночества в толпе», сформировать устойчивые социальные связи, начав, возможно, с правильной организации питания, в том числе в детских дошкольных учреждениях, школах.

В нашей стране объявлено десятилетие детей. Какими они вырастут? Для этого нужно оградить детей от наркотической зависимости, используя, прежде всего, цифровизацию исследуемых данных. Авторы рассмотрели в данной статье только одну фрагментарную часть общества, выявив резистентность этой категории к наркомании. Есть и другие пути предотвращения возникновения наркомании в той или иной социальной группе. Эффективное противостояние наркомании представляет развитие анималотерапии, иппотерапии, движения Ботанический десант, создание лофт кафе, но эти темы будут рассмотрены отдельно в других статьях.

*Топка Н. Б., Гречухина Ю. И.*

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

---

В Костромской области, как и в целом по Российской Федерации, эпидемия ВИЧ-инфекции имеет тенденцию к дальнейшему распространению. Основной путь передачи ВИЧ-инфекции в Костромской области половой, однако сохраняются высокие показатели выявления ВИЧ-инфекции в группе лиц инъекционного потребления наркотиков.

В 2017 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией в субъекте на 32,4% ниже, чем в среднем по Российской Федерации (71,1 на 100 тыс. населения).

В Костромской области распространенность (пораженность) ВИЧ-инфекции за 2016 год составляла 336,17 на 100 тыс. населения, в 2017 году составила 373,06 на 100 тыс. населения, наблюдается рост пораженности ВИЧ-инфекцией



в 2017 году, по сравнению с 2016 годом, на 11,0%. По итогам 2017 года пораженность ВИЧ-инфекцией в Костромской области ниже на 42,0% значений среднероссийского показателя (643,0 на 100 тыс. населения).

За 2017 год по путям передачи ВИЧ-инфицированные распределились следующим образом:

- половой путь передачи — 203 человека (64,9%), из них мужчин 112 человек, женщин 91 человек;
- внутривенное употребление наркотиков — 100 человек (31,9%), из них мужчин 82 человека, женщин 18 человек;
- вертикальный путь передачи — 4 человека (1,3%), из них 1 мальчик и 3 девочки;
- путь передачи установить не удалось — 6 человек (1,9%), из них мужчин 3 человека, женщин 3 человека.

В 2017 году на низком уровне оставался охват тестированием в целевых группах населения: обследовано больных наркоманией (код 102) — 973 человека (0,7%), больных заболеваниями, передающимися половым путем (код 104) — 806 человек (0,6%), лиц, находящихся в местах лишения свободы (код 112) — 1958 человек (1,4%).

В ситуации распространения ВИЧ-инфекции одним из эффективных элементов сдерживания эпидемии выступает взаимодействие государства и социально-ориентированных некоммерческих организаций.

Государственные учреждения и некоммерческие организации имеют свои особенности функционирования. Государственный сектор, в отличие от общественного, менее мобилен в реагировании на новые общественные запросы.

К современным методам профилактической работы с наркопотребителями относят: аутрич-работу в местах дислокации целевой группы, информирование и консультирование по различным вопросам, распространение средств защиты; работу по технологии «равный — равному»; подготовку и проведение обучающих тренингов для представителей уязвимых групп и для специалистов НКО (медицинских работников, психологов, социальных работников); медико-социальное сопровождение.

Одной из эффективных форм работы с ВИЧ-инфицированными и членами их семей является медико-социальное сопровождение. Важную роль в этом процессе должны занимать некоммерческие организации.

Рекомендации по организации межведомственного медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных граждан и членов их семей:

1. В сложившейся эпидемиологической ситуации в Российской Федерации, где все чаще прослеживается увеличение случаев регистрации ВИЧ-инфекции у женщин фертильного возраста, крайне важно усилить комплексные профилактические мероприятия с привлечением внешних государственных и негосударственных учреждений, то есть организовать межведомственное взаимодействие.





2. Разработать комплекс мер с вовлечением представителей учреждений здравоохранения и социальной защиты (уполномоченных специалистов по работе с ВИЧ-инфицированными гражданами), сотрудников некоммерческих организаций, консультантов из числа людей, живущих с ВИЧ, волонтеров, предоставляющих услуги ВИЧ-инфицированным клиентам и их семьям.
3. Для реализации услуги по медико-социальному сопровождению в медицинских учреждениях и учреждениях социальной защиты населения должен быть введен институт доверенных лиц.
4. Расширить полномочия Центра СПИД с целью проведения обучения уполномоченных специалистов разнопрофильного уровня по некоторым медицинским вопросам ВИЧ-инфекции, особенностям работы с данным контингентом.
5. Обязательным элементом услуги должны стать обучающие мероприятия для работников социальной сферы по различным аспектам ВИЧ-инфекции и потребностям ВИЧ-инфицированных граждан и их семей.
6. Проведение территориальным Центром СПИД совместно с руководящими организациями здравоохранения и социальной защиты населения организационных совещаний, учебных семинаров для членов команды и ответственных лиц с целью выработки единых подходов, концепции, форм работы, определения первоочередных мероприятий, связанных с оказанием медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией.
7. Проработать систему привлечения, обучения и поддержки волонтеров, участвующих в оказании медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией.
8. Сформировать базу данных пациентов, нуждающихся в медико-социальной помощи. Подобная база данных необходима для понимания наиболее актуальных проблем, стоящих перед клиентом с ВИЧ-инфекцией, отобранных в группу медико-социальной помощи.
9. Составить список наиболее нуждающихся в медико-социальном сопровождении с указанием их клинического статуса; социального статуса; психологического статуса; семейного положения, условий проживания, наличия близких родственников; обязательно должны быть указаны сформулированные клиентом его основные нужды и запросы.

В результате работы НКО появляется возможность учитывать потребности и особенности отдельных уязвимых групп; привлекать к профилактической работе активных представителей целевых групп; обеспечивать доступ к закрытым группам населения.

ОГБУЗ «Центр специализированной помощи по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями» является организатором профилактики ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в системе здравоохранения Российской Федерации на территории Костромской области.





Учреждением накоплен опыт взаимодействия и сотрудничества с общественными некоммерческими организациями, работающими на территории Костромского региона.

Взаимодействие с социально-ориентированными некоммерческими организациями осуществляется по следующим направлениям: организация деятельности по пропаганде здорового образа жизни и профилактике ВИЧ-инфекции; совместная научно-методическая деятельность; подготовка и реализация обучающих тренинговых программ; организация и проведение акций для уязвимых групп.

Центр инфекционных заболеваний активно сотрудничает с костромской городской общественной организацией «Совет матерей». Совместно был реализован проект «Линии жизни» (телефон доверия с равным консультированием), организован семинар-тренинг по подготовке консультантов для проекта «Линии жизни», «Консультирование в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и химических зависимостей» для представителей НКО и волонтеров.

Заклучено соглашение о взаимодействии с благотворительным фондом поддержки социальных инициатив «Преподобного Геннадия Костромского и Любимоградского» (центр реабилитации наркозависимых в Сумароково).

Планируется заключение соглашений о совместной деятельности с другими некоммерческими организациями, действующими на территории региона.

*Хижун Н. П.*

## ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МОТИВАЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ КЛИЕНТОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАМКАХ РАБОТЫ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА И УКРЕПЛЕНИЯ СЕМЬИ ЧУСО «ДЕТСКАЯ ДЕРЕВНЯ — SOS ПУШКИН»

---

Программа профилактики социального сиротства «Укрепление семьи» направлена на оказание комплекса низкопороговой социально-психологической помощи клиентам в тяжёлых жизненных ситуациях.

Одним из направлений работы является оказание помощи семьям, затронутым проблемой алкогольной и наркотической зависимости. Как правило, данные клиенты обращаются за социальной, юридической и материально-бытовой помощью, избегая психологической составляющей поддержки. Работа с психологом формируется достаточно сложно, проходя длительные этапы возникновения и укрепления доверия, появления внутренней мотивации клиента на качественные изменения в своей жизни.

Включение в терапевтический процесс как можно больших членов данной семьи позволяет повысить эффективность оказываемой помощи. При отказе зависимого члена



семьи проходить медицинскую реабилитацию важно продолжать мотивацию его близких на участие в психотерапевтическом процессе, совместной работе с психологом, что повышает вероятность обращения зависимого за помощью в дальнейшем.

Мотивационное психологическое консультирование выполняет определённые задачи: выявление степени осознания клиентом тех социальных, личностных, медицинских последствий и нарушений в его жизни, которые обусловлены употреблением психоактивных веществ, мотивация зависимого на прохождение медико-реабилитационной программы. На первом этапе работы с психологом возможно проявление у клиента сильно выраженных механизмов отрицания действительной актуальной картины его жизни, что ставит перед специалистом задачу по снижению данного феномена психической защиты, повышение степени осознания и принятия всей тяжести заболевания и степени дисфункциональности семейной системы. Также у клиента возможно искажение в понимании стрессогенности внутрисемейных отношений, нарушения распределения ответственности между членами семьи и искажения семейной структуры.

Техники, используемые в работе психолога на этапе мотивационного консультирования, во многом определяются семейной ролью обратившегося: зависимый клиент либо его значимый близкий. Однако постоянным и необходимым в работе психолога является создание атмосферы безоценочного, эмпатического принятия, доверительного, располагающего к откровенным разговорам пространства. На начальном этапе мотивационного консультирования психологу следует уделять необходимое внимание практическому использованию стратегий, снижающих возможность возникновения у клиента психологического сопротивления, которое обычно имеет следующие поведенческие реакции: споры, перебивание, отрицание, игнорирование. Причины для сопротивления могут быть различными и позволяют клиенту использовать его удобные привычные формы взаимодействия с последствиями его употребления.

Определяющим в работе психолога при мотивационном консультировании является понимание стадии изменения поведенческого стереотипа, на которой находится зависимый клиент: предосознание, осознание, решение, действие, поддержание, срыв. Стадия изменения поведения, на которой находится клиент, ставит перед специалистом разные цели и задачи, обозначая конкретные ограничения в интервенциях во время консультации.

Мотивационное психологическое консультирование — это динамический процесс взаимодействия с клиентом, эффективность которого проявляется в усилении амбивалентности отношения клиента к потреблению психоактивных веществ, осознании цены своего поведения и повышению самодостаточности и веры в способность к изменениям.

Благоприятный ход работы с клиентом базируется на партнёрских отношениях, возникающих при терапевтическом контакте с психологом и основан на уважении к автономности и ответственности клиента за свою жизнь.



*Чернов Д. Ю.*

## ДЕФИЦИТ ОСМЫСЛЕННОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ КАК ФАКТОР НАРКОТИЗАЦИИ

Проблема дефицита осмысленности в молодежной среде уже обсуждалась ранее [Чернов Д. Ю., 2013] и глобальная проблема качества преемственности культурно-исторического опыта от старшего поколения к младшему, снижающегося в отсутствие глубокого и всестороннего осмысления, не стала менее значимой за этот период. Но масштабы бедствия можно и нужно оценивать не только на уровне общества, человечества. Следует обратить пристальное внимание на индивидуальный уровень, на уровень развития отдельной личности и межличностного взаимодействия. Разнообразие возможных форм и видов зависимости, выявленных к настоящему времени, поражает воображение. Традиционно химические зависимости считаются более тяжелыми и представляющими большую социальную опасность. К химическим зависимостям принадлежит наркотизация, основной группой риска для которой уже привычно является молодежь. Далее мы покажем, что дефицит осмысленности способствует моральной и нравственной дезориентации, снижает значимость ценностей ЗОЖ и, наоборот, повышает склонность к саморазрушающему поведению.

Осмысленность является разноплановым принципом (и механизмом) переработки жизненного опыта, выполняемым в рамках реализации рефлексивного подхода к переживанию и анализу событий, впечатлений, побуждений, то есть задействует все сферы личности. В рамках познавательной сферы выявляются, определяются или устанавливаются причинно-следственные связи, закономерности. В рамках эмоционально-аффективной сферы формируется система отношений, оценок, эмоциональных предпочтений. В рамках мотивационно-потребностной сферы развивается направленность личности, ценностные ориентации. В рамках волевой сферы совершенствуются основы самоконтроля и саморегуляции в виде интериоризованных норм и самодисциплины. Таким образом, формирование смыслов, их трансформация и реализация на практике имеют интегрированный характер, пронизывающий все возможные ситуации и сценарии, проявляющийся во всех формах активности, в поведении и деятельности. Безусловно, высшей формой осмысления является целенаправленная, последовательно организованная и высоко осознанная рефлексия, но это не обязательное условие формирования смыслов, которые часто рождаются интуитивно, эвристически, в обход сознания, без дополнительной концентрации внимания и специальной фиксации в памяти. Результат эффективного осмысления (осмысливания), тем не менее, вполне очевиден — адекватная ориентация в меняющихся и противоречивых условиях окружающей действительности. Осмысленность способствует формированию и закреплению обоснованного чувства взрослости, зрелой и активной личностной позиции.

Наркотическая зависимость — это удел подавленных и слабых, дезориентированных и деморализованных, инфантильных и незрелых. Эти самостоятельные признаки принадлежности к группе с повышенным риском наркотизации достаточно успешно объединяются в интегральном показателе осмысленности. Именно осмысленность, по нашему мнению, может и должна служить, с одной стороны, индикатором, сигналом



опасности, а, с другой стороны, должна является инструментом оптимизации и исправления ситуации с употреблением наркотиков в молодежной среде.

Какие наиболее заметные признаки дефицита осмысленности можно наблюдать у молодежи? И как это провоцирует формирование наркотической зависимости? Во-первых, несамостоятельность, низкая критичность, ведомость, конформизм (или, наоборот, нигилизм!), то есть чрезмерная зависимость от мнения окружающих, кумиров, лидеров. Угнетенное состояние безинициативности и пассивности порождает потребность в искусственном и ложном чувстве благополучия, удовлетворенности, достигаемом через «уход» от реальности. Во-вторых, утрата системы приоритетов, внутренняя противоречивость, неопределенность, несобранность, отсутствие или подмена жизненно важных целей, безальтернативность перспектив, кажущаяся «безвыходность» и неизбежность фатальных последствий любого жизненного выбора. А если не к чему стремиться, если будущее настолько безрадостное и мрачное, то зачем отказывать себе в удовольствии здесь и сейчас? Гори все огнем! После меня хоть потоп! В-третьих, тотальное переживание одиночества, изоляции от близких, утрата связей с родительской семьей и неспособность создать собственные надежные и прочные отношения, атмосфера всеобщего недоверия и враждебности, неясной тревоги и мнимых угроз, которую нагнетают в СМИ, хроническая депрессия, стресс, безнадежное и вечное чувство усталости, бессилия, беспомощности. Надо взбодриться, добавить энергии, использовать допинг!

К наркотикам приходят разными путями, но уйти от них можно только двумя — вернуться к жизни или потерять ее.

Мы видим серьезный потенциал в трех направлениях работы по повышению уровня осмысленности в молодежной среде. Во-первых, это, конечно, восстановление функциональных возможностей семьи и других институтов социализации. Авторитет родителей, имидж школы и всей системы образования в целом, идеалы и ценности массового спорта, искусства, культуры обязательно должны быть возрождены. Во-вторых, самоорганизация молодежи в рамках позитивных, конструктивных, креативных направлений субкультур на всех уровнях (от районного и регионального до федерального и мирового). Возможно, в этом особую роль способны сыграть органы местного самоуправления. В-третьих, идеологическая поддержка на государственном уровне. Политическая воля должна расширяться, переходить от национальных проектов только социально-экономических направленности к более широкой тематике, включающей в себя на реальной и практико-ориентированной, а не декларативной и публицистической основе, работу с рутинными и даже бытовыми культурными объектами, например, благоустройство и озеленение, историческая память, массовый досуг, социальные аспекты взаимопомощи.

Население, человеческий капитал по значимости сопоставим с территорией, богатствами недр, показателями развития экономики, военным (оборонным) потенциалом. Через 20–25 лет новое поколение будет играть ключевую роль в управлении этими ресурсами. Необходимо обеспечить его готовность к этому, что невозможно сделать без преемственности культурно-исторического опыта в целом и решения проблемы наркотизации в частности.



Начать, безусловно, нужно с себя. Проявлять внимание, не оставаться равнодушным, рисковать своим благополучием, но совершать социально значимые действия. Расширять и укреплять социальные контакты с окружающими, не лениться оказывать содействие и не стесняться просить о помощи. Поговорить с детьми и другими близкими, в идеале стать их благодарным слушателем и авторитетным советчиком. Задавать себе неудобные вопросы и заставлять давать на них искренние и обоснованные ответы. Жить, а не существовать.

*Шелонина Т. В.*

## ТЕХНИКА MAPS В ИЗУЧЕНИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

В настоящее время существует множество психологических методов, с помощью которых исследуются психологические особенности личности. Вместе с тем, используемые в психодиагностике методы, как правило, отражают лишь осознаваемый, доступный вербализации пласт отношений. Недостатком данных методик является то, что респонденты, в большей степени понимая ценность ответов, могут давать ответы на вопросы с учетом требований ситуаций опроса, ожиданий, то есть искажать сообщаемые о себе сведения. Использование психометрических средств (тестов) создает атмосферу испытаний, что в консультативной практике может вызывать у клиента дополнительное напряжение и порождать недоверие к консультанту.

Этих недостатков лишены проективные методики. Являясь тонким и эффективным диагностическим инструментом, проективные методики охватывают широкий спектр состояний и свойств изучаемой личности. Они позволяют раскрыть уникальный, субъективный мир испытуемого, обнаружить его неосознаваемые установки, влечения, мотивы и механизмы психологической защиты.

Одна из таких методик — «MakeAPictureStorytest» (MAPS) «Составь картину-историю» была создана Э. Шнейдманом как вариация диагностических принципов, заложенных в ТАТ «Тематический Апперцепционный Тест» Г. Мюррея. Конструктивно MAPS отличается от ТАТ, прежде всего разделением фигур и фонов, что позволяет испытуемому по своему выбору создать историю на фоне предлагаемой картинке до того, как он предоставит свой рассказ [Shneidman E. S., 1988].

Стимульный материал MAPS состоит из картинок, напечатанных на тонком картоне: фонов и фигур. В виде фонов вниманию испытуемого предлагают 21 лист со стандартными изображениями и один пустой, без изображений.

Методика MAPS обладает универсальной техникой и с ее помощью можно охватить достаточно широкий диапазон психологических явлений.

Мы использовали методику Э. Шнейдмана, наряду с другими средствами психологической диагностики, в исследованиях лиц, зависимых от ПАВ. Основными направлениями изучения стали: сфера отношений личности к другим, самому себе, к культурным





и материальным объектам окружающего мира; потребностно-мотивационная сфера и некоторые другие личностные характеристики.

При изучении психологических особенностей наркозависимых, методика MAPS позволила обнаружить у них сочетание враждебности по отношению к окружающим с пренебрежительным отношением к общественным нормам и правилам, неуверенностью в себе, импульсивностью и эгоцентричностью. Главные герои их рассказов испытывали трудности в осуществлении межличностных контактов, вступали в конфликт с лицами из близкого социального окружения одновременно проявляя замкнутость и отчужденность. У наркозависимых наиболее часто встречающимися темами в их рассказах являются: убийство, преступление, суицид, негативное отношение к себе, отсутствие будущего, любви, дружбы и семьи.

Методика «Make A PictureStorytest» имеет большой психотерапевтический потенциал и также может с успехом использоваться в работе психолога при реабилитации наркозависимых.

*Штунова Т. В.*

## СОЗАВИСИМЫЕ ОТНОШЕНИЯ: ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИЯ

---

Созависимость проявляется как нарушение личности, развивающееся в результате подверженности длительному стрессу, вызванному какой-либо зависимостью близкого человека, и имеющее результатом слабо контролируемое или неконтролируемое желание управлять поведением другого человека, отказ от удовлетворения своих жизненно важных потребностей, слияние всех интересов с зависимым лицом и такие стратегии поведения, которые приводят к нездоровым, дисфункциональным отношениям в семье, способствуя развитию зависимости, а также разрушению физического и психического здоровья самого контролирующего лица. К основным характеристикам созависимости относят: низкую самооценку, курс на внешние ориентиры, страдания, отказ от себя, страх, тревогу, стыд и вину, гнев, затянувшееся отчаяние, навязчивые мысли, склонность к резким суждениям, мифологическое мышление, отрицание, незнание (нарушение) границ личности, поражение духовной сферы, контролирующее поведение, желание заботиться и спасать других [Москаленко В. Д., 2002; Битти М., 1997; Змановская Е. В., 2004]. Реализуя желание заботиться и спасать, созависимый проходит путь от спасительницы к преследовательнице, а затем к роли жертвы. Варианты и интенсивность проявления рассмотренных характеристик во многом определяется типом созависимости, а также фазой ее развития. Созависимость развивается по спирали, в которой можно выделить отдельные части — циклы. Совокупность циклов или цепочка событий выглядит следующим образом: страдание, боль от жизни с зависимым





---- влияние на факторы (взаимоотношения) ---- облегчение страданий ---- последствия в виде нарастающей зависимости близкого ---- вина, стыд ---- страдание... [Майер П., Минирт Ф., Хемфелт Р., 2007].

Существует, как минимум, два подхода к объяснению причин возникновения созависимости. Первый подход можно назвать рациональным расчетом. Он опирается на тезис, что в основе созависимости лежит какая-то выгода. С этой точки зрения созависимость может быть вызвана тем, что: у созависимого более слабая, чем у зависимого, воля, и он подчиняется ей; он любит сильнее, беззаветнее; созависимый — более глупый человек; человек, подверженный созависимости, менее развит личностно, более примитивен, слаб, неудачник и неумеха по жизни, без выраженных способностей; созависимый — это ленивый человек с низким уровнем потребностей, желаний, амбиций [Акопов А. Ю., 2008]. Таким образом, созависимые только прикрываются маской страдальцев, а на самом деле им выгодно паразитировать на недостатках способного, удачливого, состоявшегося, но зависимого (от наркотиков, алкоголя, игр и т. д.) человека.

Другой подход к пониманию причин формирования созависимости можно найти у представителей понимающей социологии и гуманистического направления психологии. Они видят причины созависимости, прежде всего, в неудовлетворенных эмоциональных потребностях [Майер П., Минирт Ф., Хемфелт Р., 2007; Литвиненко В. И., 2003]. Эта неудовлетворенность идет из детства созависимого. Она может основываться на отсутствии любви, заботы и тепла в семье. Ее основания можно увидеть в завышенных требованиях родителей к ребенку, которые не соответствуют его способностям или развитию в данный момент. Способствуют развитию созависимости насилие и эмоциональный «инцест» (крайний случай смены детской роли в семье на родительскую). Возможной причиной формирования созависимости является стиль взаимоотношений и история родительской семьи. В качестве несостоявшихся надежд семьи могут быть самые разные вещи: богатство, стремление к успеху, признание в определенном кругу, дружная большая семья и т. д. Авторитарные или диктаторские семейные отношения также порождают созависимость. Иначе говоря, созависимые воспроизводят те отношения в семье, те семейные сценарии, которые они пережили в родительских семьях.

Чаще всего созависимыми становятся жены и матери, которые разными путями позволяют подчинить себя. Давление ситуации и обстоятельств по-разному приводит их к саморазрушающему поведению. Однако в многообразии проявлений такого поведения и образа жизни можно выделить несколько типов созависимости [Москаленко В. Д., 2002]: «избиваемая жена», «жена-мамочка», «жена-великомученица», «бедная больная женщина», «жена-угодница», «жена-девочка», «жена-стерва». По признаку принятой на себя роли предлагается различать несколько ролей [Созависимость..., 2013]: «мученик», «преследователь», «соучастник заговора»/«потакатель», «субутильник», «апатичный созависимый». Считается, что из этих типов созависимости может сложиться примерно 15 вариантов в комбинации различных черт, моделей поведения, типов личности.

От созависимости страдают не только сам созависимый и больной химической зависимостью. Она влечет за собой более широкий круг негативных последствий. Здесь, прежде всего, следует говорить о вреде созависимости для всех других членов семьи. Проведенные исследования показали, что в семьях с созависимыми родителями наблюдаются:



- нарушения внутрисемейного взаимодействия: возрастание деструктивности внутрисемейных отношений, повышение автономности и эмоциональной изоляции между членами семьи; изменения отношений к зависимому члену семьи либо в сторону гиперконтроля, либо отказа от попыток контролировать его поведение;
- трансформация личности родственников: у младших членов семьи формируется специфический комплекс «псевдородительского поведения»; у взрослых изменения затрагивают, прежде всего, ценностно-смысловую сферу личности;
- нарушения социальных взаимодействий: изменение уровня социальной адаптации, резкое сокращение или увеличение внесемейных связей [Яцышин С. М., Середа В. М., Микляева А. В., 2004].

Направлениями деятельности по коррекции созависимых отношений чаще всего выступают следующие мероприятия:

- организация групповых и индивидуальных консультаций, лекций, тренингов, которые проводят опытные специалисты: психологи, психотерапевты, наркологи, юристы, социологи;
- индивидуальная и групповая психотерапия; семейная психотерапия; работа в группах взаимопомощи;
- проведение обучающих семинаров по проблемам зависимости (наркотической, алкогольной, игровой и т. д.) и созависимости;
- поддержка и помощь родителям, чьи дети, будучи наркоманами, являются одновременно ВИЧ-инфицированными;
- помощь наркозависимым: защита прав больных наркоманией на бесплатное государственное лечение, а также заключение благотворительных договоров с коммерческими реабилитационными центрами.

Опыт оказания помощи созависимым показывает, что наиболее успешным является включение их в программу «12 шагов». В рамках программы методологическая платформа организации работы может быть определена как предоставление шанса и возможностей для самосовершенствования, личностного роста, познания человеком окружающего мира и определение своего места в мире, семье, судьбах других людей. Задача организаторов этого процесса — создать систему поддержки человека на всем пути его выздоровления. Понятие «система поддержки» очень емкое. Оно ни в коем случае не означает постоянный патронаж и навязываемый контроль. Система поддержки включает все ресурсы, которыми человек может воспользоваться для своего выздоровления. Кроме того, при оказании помощи созависимым и работе с их проблемами большое внимание уделяется коррекции семейных отношений. Для этого, в первую очередь, следует изменить родительскую концепцию, т. е. мотивировать созависимого на усвоение и применение концепции ответственного родителя.



В плане развития и совершенствования работы с созависимыми важным является также проведение исследований эффективности помощи как фактора изменения ситуации в семьях с химически зависимыми членами и обучение волонтеров на базе государственных учреждений и общественных организаций.

*Шыхалиев А. Л.*

## БАЗОВЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ГРАЖДАН С УЧЕТОМ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ И ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВ

---

Наркомания является современной проблемой, имеющей тяжелые социальные последствия как для потребителей, так и их ближайшего окружения. Происходят внешние и внутренние изменения на индивидуальном уровне: поражается центральная нервная система, теряется связь с реальностью, притупляются чувства — таким образом, наносится вред здоровью, несовместимый с приемлемым функционированием в обществе. В отношениях с окружающими, открыто не разделяющими интересы наркомана, происходят конфликты. Попытки близких людей избавить от пагубного увлечения воспринимаются наркоманом негативно и нередко дают обратный эффект, появляется желание сделать наоборот. Подобное социальное взаимодействие объясняется наличием внутрисемейных конфликтов, граничащих с явным семейным неблагополучием.

Вовлечение ближайшего окружения в процесс оказания помощи члену семьи, зависимому от наркотиков, является одним из условий успешного процесса реабилитации и ресоциализации. В рамках реабилитации у специалистов появляется возможность проанализировать и информировать членов семьи о том, как они своими действиями влияют на поддержание проблемного поведения, связанного с потреблением наркотических средств.

Опрос граждан в возрасте от 36–44 лет, употребляющих наркотические средства, показал, что в 89 % случаев первое потребление пришлось на юношеский возраст (17–24 лет) и в 11 % на период молодости (31 год).

В 100 % случаев опрошенные граждане отметили, что употребляли (пробовали) героин, 44 % — метилфенилэтиламин (амфетамин), гашиш, каннабис. В ходе беседы также выявляется, что ещё в подростковом возрасте будущие наркозависимые увлекаются различными курительными смесями, табачными изделиями, алкогольными напитками, не относящимися к наркотическим средствам.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что наркомания в первую очередь проблема молодого возраста в его более широком контексте. В таком случае, наиболее эффективными способами предотвратить наркоманию является профилактика, выходящая



за рамки лекций и просветительских занятий. Основной акцент делается на организации досуга и взаимной поддержки в семье.

Однако в ситуации с совершеннолетними потребителями наркотических средств в первую очередь необходимо планировать и проводить социально-реабилитационную работу, ориентированную на поиск внутренних, внешних ресурсов, а также жизненных перспектив, которые позволят поддерживать социально-приемлемый образ жизни.

Результаты опроса показывают, что наиболее близкие отношения в семье у наркозависимых граждан с матерью — 55 %, в 23 % случаев с отцом, 11 % с братом, крестной. Данные показатели свидетельствуют о необходимости учитывать внутрисемейные отношения наркозависимого с членами семьи. Тот член семьи, с которым отношения наиболее близкие может быть включен в процесс социальной реабилитации и содействовать мотивационной составляющей работы.

Анализ перспектив и планов на жизнь выявил желание граждан трудоустроиться и развиваться в профессии у 55 % респондентов, 34 % — наладить семейную жизнь, 11 % дали относительно абстрактные ответы (жить, оставаться трезвым).

Подводя итоги, необходимо отметить, что для успешной социальной реабилитации и ресоциализации граждан, зависимых от наркотических веществ, специалистам необходимо учитывать в работе: личностные особенности зависимых, взаимоотношения с членами семьи (внешнее окружение) и их взгляды на дальнейшую жизнь. Комплексная работа с данными составляющими позволит достичь основной цели процесса социальной реабилитации, которая заключается в приемлемом функционировании граждан в обществе.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

---

АБРАМОВА Анна Владимировна — педагог-психолог, Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург.

АРПЕНТЬЕВА Мариям Равильевна — доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии развития и образования, Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского, г. Калуга.

АХМАТЧИНА Татьяна Владимировна — медицинский психолог ДПО Фрунзенского района, Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения «Городская наркологическая больница», Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург.

АХМЕДЗАДЕ Нармин Расим гызы — магистр, филиал Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова в г. Баку, г. Баку, Азербайджан.

БАЗЫЛЕВА Светлана Юрьевна — специалист по социальной работе программы профилактики социального сиротства и укрепления семьи, Частное учреждение социального обслуживания «Детская деревня — SOS Пушкин», г. Пушкин.

БАКИН Анатолий Анатольевич — кандидат медицинских наук, кандидат юридических наук, доцент, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Невского района Санкт-Петербурга», г. Санкт-Петербург.

БАРДИАШВИЛИ Ксения Вахтанговна — специалист по социальной работе программы профилактики социального сиротства и укрепления семьи, Частное учреждение социального обслуживания «Детская деревня — SOS Пушкин», г. Пушкин.

БЕВЗЮК Анастасия Валерьевна — психолог отделения психолого-педагогической помощи, включающего службу диагностики Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Адмиралтейского района Санкт-Петербурга», г. Санкт-Петербург.

БЕЛЯЕВ Александр Владимирович — член Всероссийского совета Фонда «Единство» по обслуживанию движения Анонимных Алкоголиков России, г. Санкт-Петербург.

ВЕРЕЩАГИН Артем Борисович, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

ВИНОГРАДОВА Татьяна Николаевна, заместитель главного врача по научно-организационной работе, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.



ГОРОДНОВА Марина Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург.

ГРЕЧУХИНА Юлия Игоревна — магистрант очной формы обучения направления подготовки «Психолого-педагогическое образование» Костромской государственной университет, институт педагогики и психологии, г. Кострома.

ЕРШОВ Александр Георгиевич — эксперт, «Научный Центр», г. Санкт-Петербург.

ЖЕРЛЫГИНА Екатерина Сергеевна — кандидат технических наук, научный сотрудник Центра геомеханики и проблем горного производства, Санкт-Петербургский горный университет, г. Санкт-Петербург.

ИПАТОВ Андрей Владимирович — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург.

ИСАЕВ Николай Алексеевич — доктор юридических наук, кандидат медицинских наук, профессор, Среднерусский институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Санкт-Петербург.

КАЗЬМИНА Наталия Александровна — психолог программы профилактики социального сиротства и укрепления семьи Частное учреждение социального обслуживания «Детская деревня — SOS Пушкин», г. Пушкин.

КЕЛАСЬЕВ Олег Вячеславович — кандидат социологических наук, старший преподаватель, Санкт-Петербургский государственный университет, факультет социологии, г. Санкт-Петербург.

КИТАЕВА Анастасия Ивановна — кандидат психологических наук, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья», г. Санкт-Петербург.

КОВЕЛЕНОВ Алексей Юрьевич — доктор медицинских наук, доцент; главный врач Государственного казенного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

КОКОРЕНКО Виктория Леонидовна — кандидат психологических наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

КОЛЕСНИКОВ Сергей Сергеевич — преподаватель, Санкт-Петербургское государственное профессиональное образовательное учреждение «Педагогический колледж № 8», г. Санкт-Петербург.

КОЛЬЦОВА Ольга Владимировна — кандидат психологических наук, заведующая отделом медицинской и социальной психологии, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.





КУЛАГИНА Светлана Александровна — социальный педагог, Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург.

МАНУШИНА Екатерина Николаевна, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

МАРГОШИНА Инна Юрьевна — кандидат психологических наук, психолог, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург.

МИСИРЛИ Тахмина Азер кызы — студент, филиал Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова в г. Баку, г. Баку, Азербайджан.

ПОДКОЛЗИНА Людмила Григорьевна — кандидат психологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный институт культуры, г. Санкт-Петербург.

ПОЙЛОВА Екатерина Владимировна, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

ПОЛЕЩУК Павел Андреевич — магистр психологических наук, Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург.

ПОНКРАТОВ Роман Сергеевич — социальный работник Государственного казенного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

ПРИНЦЕВ Николай Владимирович — эксперт, «Научный Центр», г. Санкт-Петербург.

ПЫРЬЕВ Евгений Александрович — кандидат психологических наук, доцент, педагог-психолог, Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург.

РЫЖКО Полина Владимировна — педагог-психолог, Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Выборгского района Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург.

САВЕЛЬЕВ Дмитрий Сергеевич — старший преподаватель кафедры физического воспитания, Санкт-Петербургский горный университет, г. Санкт-Петербург.

СЕМИКОВА Светлана Юрьевна — заместитель главного врача по организационно-методической работе Государственного казенного учреждения здравоохранения Ленинградской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург.

СЕРЕДА Марина Валерьевна — начальник учебно-методического отдела по социальной реабилитации и ресоциализации лиц с зависимым и созависимым поведением, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья», г. Санкт-Петербург.



СМИРНОВА Анастасия Алексеевна — старший методист учебно-методического отдела по социальной реабилитации и ресоциализации лиц с зависимым и со-зависимым поведением, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья», г. Санкт-Петербург.

СМИРНОВА Наталья Викторовна — медицинский психолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская наркологическая больница» ОМР № 4, г. Санкт-Петербург.

ТЕЛЬПИС Пелагея Савельевна — заведующая отделением медицинской реабилитации № 4, Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения «Городская наркологическая больница», г. Санкт-Петербург.

ТОМАНОВСКАЯ Валентина Владимировна — социолог, «Научный Центр», г. Санкт-Петербург.

ТОМАНОВСКАЯ Лидия Яковлевна — врач, частный исследователь, г. Санкт-Петербург.

ТОПКА Наталья Борисовна — кандидат педагогических наук, доцент, Костромской государственной университет, институт педагогики и психологии, г. Кострома.

ХИЖУН Наталья Павловна — психолог программы профилактики социального сиротства и укрепления семьи, Частное учреждение социального обслуживания «Детская деревня — SOS Пушкин», г. Пушкин.

ЧЕРНОВ Денис Юрьевич — кандидат психологических наук, Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург.

ШЕЛОНИНА Татьяна Валериевна — соискатель, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Институт психологии, г. Санкт-Петербург.

ШИПУНОВА Татьяна Владимировна — доктор социологических наук, доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, факультет социологии, г. Санкт-Петербург.

ШЫХАЛИЕВ Ариф Логманович — и.о. заведующего отделением, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района Санкт-Петербурга», специализированное отделение социального сопровождения граждан, зависимых от химических веществ, аспирант, Казанский инновационный университет имени В.Г. Тимирязова, факультет психологии и педагогики, г. Санкт-Петербург.

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ:  
проблемы и перспективы**

Материалы III Международной  
научно-практической конференции

25 и 26 октября 2018 года

Адрес редакции:

199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. О., д. 13 литера А, к. 504

Формат 60×90/16. Бумага офсетная.

Печать ризографическая. Усл. печ. л. 9,7. Тираж 160 экз. Заказ № 2618

Отпечатано в ООО «Русская корпорация»  
199178, Санкт-Петербург, 13 линия, д. 30, кв. 4  
Тел./факс: (812) 327-73-00  
e-mail: [Russian@ruscol.spb.ru](mailto:Russian@ruscol.spb.ru)