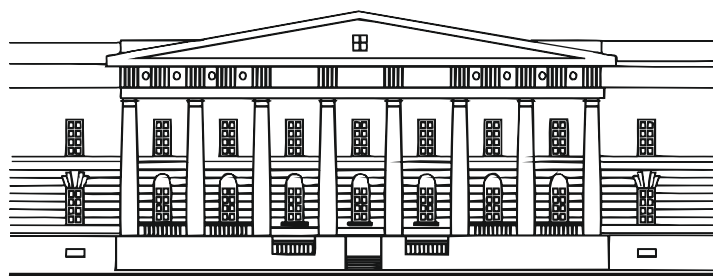


**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования**

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**



**СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ
КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Москва
2016**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДЕНО
Решением Учебно-методического
совета ГБОУ ДПО РМАПО
Минздрава России
«29» февраля 2016 г.

**СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ
КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Учебно-методическое пособие

Москва
2016

УДК 616.89:613.8:614.254:371.3
ББК 51.1(2)5 56.1я7
С-301

Бабурин А.Н. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учебно-методическое пособие / А.Н. Бабурин, Г.В. Гусев, Е.А. Соборникова, А.А. Горячева; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. – 112 с.
ISBN 978-5-7249-2530-3

Цель учебно-методического пособия – формирование профессиональной компетентности врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и волонтеров в реабилитационной антиаддиктивной деятельности. Содержание пособия соответствует части раздела «Реабилитация в наркологии» Основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования по специальности 31.08.21 «Психиатрия - наркология» (ординатура).

В пособии изложены концептуальные и организационные основы метода приходских православных семейных клубов трезвости. Пособие является систематизацией многолетнего отечественного опыта практической работы низкопороговой высокоструктурированной реабилитационной службы.

Учебное пособие разработано на кафедре наркологии с участием сотрудников Учебно-методического управления в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу и предназначено для врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психиатров, психологов, педагогов, специалистов по социальной работе, социальных работников, волонтеров, а также для слушателей циклов повышения квалификации врачей по специальности 31.08.21 «Психиатрия - наркология» и циклов повышения квалификации специалистов, участвующих в процессе реабилитации, «Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов наркологического профиля».

Рубрикация по МКБ-10: F10 - F19, F60.7, F63.0.

УДК 616.89:613.8:614.254:371.3
ББК 51.1(2)5 56.1я7

Табл. 9. Ил. 4. Библиогр.: 84 назв.

Рецензенты:

Новиков Е.М., д.м.н., профессор кафедры наркологии РМАПО

Бузык О.Ж., д.м.н., заместитель директора ГКУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АК – Ассоциация Клубов

ЗДЛ – значимые другие лица

ЛС – личностный статус

НЦПЗ РАМН – Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук

ПАВ – психоактивные вещества

ПАД – психоактивные действия

ППСКТ – Православные приходские семейные клубы трезвости

РМАПО – Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России

РПЦ – Русская Православная церковь

СКТ – семейные клубы трезвости

СМИ – средства массовой информации

СМК – средства массовой коммуникации

ТС – терапевтическое сообщество

ТТС М.Е. Бурно – Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно

ЦНС – центральная нервная система

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Глава 1. Исторические аспекты клубного и трезвеннического движения....	9
1.1. О развитии клубного движения.....	9
1.2. О традициях трезвенничества в России.....	11
<i>Контрольные вопросы.....</i>	<i>15</i>
Глава 2. Концептуальные основы метода ППСКТ.....	16
2.1. Определение, цель, задачи, принципы.....	16
2.2. Концептуальные основы метода ППСКТ.....	17
<i>Контрольные вопросы.....</i>	<i>38</i>
Глава 3. Организационные основы метода ППСКТ.....	39
3.1. Условия для осуществления метода ППСКТ, показания и противопоказания к его использованию.....	39
3.2. Виды и содержание деятельности в ППСКТ.....	40
3.3. Организация подготовки и работы ведущих ППСКТ.....	44
3.4. Взаимодействия и контакты ППСКТ.....	48
<i>Контрольные вопросы.....</i>	<i>49</i>
Заключение.....	49
Тестовый контроль знаний.....	51
Приложения.....	57
Приложение 1. Метод формирования личностной саморегуляции	57
Приложение 2. Инструкция для ведущих СКТ (перевод с итальянского Г. Г. Лебедевой).....	83
Глоссарий.....	98
Список литературы.....	102

ВВЕДЕНИЕ

Во многих странах мира на современном этапе помощь лицам, злоупотребляющим наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами, рассматривается как комплексная система, включающая такие элементы, как общедоступные службы и структурированное лечение.

Общедоступные службы – это пункты для установления первого контакта с людьми, которые имеют проблемы злоупотребления психоактивными веществами, или их близкими. В них, как правило, предоставляется информация (консультации «при обращении») по вопросам медицинского обслуживания, трудоустройства, обучения, правовым, жилищным вопросам и т.д.), а также базовые услуги по обеспечению выживания. В общедоступных службах работают телефонные линии доверия для получения анонимных конфиденциальных консультаций, а также группы самопомощи и семейные группы поддержки.

Структурированное лечение включает этап дезинтоксикации, реабилитацию и обслуживание после окончания лечения.

Дезинтоксикация проводится под наблюдением врача в условиях медицинского учреждения и является первым этапом программ лечения, направленных на абстиненцию и выздоровление. Основной целью программ дезинтоксикации является переход к воздержанию от психоактивных веществ наиболее безопасным способом.

Реабилитация рассматривается как этап лечения, направленный на профилактику рецидива. Она ориентирована на потребности людей, которые завершили дезинтоксикацию, и лиц, имеющих зависимость при отсутствии формальных симптомов абстиненции. На этом этапе применяются психосоциальные и фармакологические меры. Психосоциальные меры реализуются в двух формах: программы реабилитации в центрах совместного проживания и дневные реабилитационные программы [9].

В России высока потребность в помощи лицам с аддиктивными расстройствами и их родственникам. В то же время система реабилитацион-

ной помощи этому контингенту больных и членам их семей нуждается в развитии. Частью этой системы являются доступные для населения реабилитационные структуры само- и взаимопомощи. Сегодня важно научно систематизировать накопленный в этой сфере опыт практической работы, чтобы обеспечить его развитие и воспроизводимость. Особенно необходима методическая поддержка отечественного опыта положительно зарекомендовавших себя, много лет успешно работающих, волонтерских организаций. Именно этот опыт является базой для создания отечественной низкопороговой, малозатратной системы реабилитационной помощи.

В таких организациях человек, страдающий аддиктивными расстройствами, и его родственники могут получать долгосрочную помощь, необходимую после прохождения курсов лечения и реабилитации в медицинских учреждениях, для полноценного возвращения к трезвости, созидательной активной жизни в обществе.

Православные приходские семейные клубы трезвости (ППСКТ) являются, на сегодняшний момент, низкопороговой, высокоструктурированной, за счет использования метода терапевтического сообщества (ТС), вне-стационарной формой реабилитационной помощи.

Семейный клуб трезвости – это объединение зависимых от алкоголя и созависимых лиц, решивших изменить свой образ жизни. Работа в ППСКТ основана на само- и взаимопомощи, солидарности, вовлечении всей семьи в реабилитационный процесс.

Предтечей ППСКТ явились созданные югославским психиатром Владимиром Худолиным (V. Hudolin) в 1964 году и широко распространившиеся во многих странах мира «Клубы лечащихся алкоголиков». Открытие подобных клубов в России инициировал по благословению священноначалия Русской Православной Церкви, протоиерей Алексей Николаевич Бабурин, врач-психиатр, сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН. Он же был, по согласованию руководителя синодального Отдела по социальному служению и благотворительности Московского

Патриархата архиепископа Сергия (Фомина) с профессором Ренцо Де Стефани (директором итальянского Информационно-исследовательского центра по проблемам, обусловленным потреблением алкоголя), назначен координатором данного направления деятельности.

При создании ППСКТ был использован опыт работы протоиерея Алексия Бабурина в качестве врача в Лаборатории клинико-психологических исследований в кардиологии ВКНЦ АН СССР (руководитель – д.м.н. В.П. Зайцев) над темой «Медико-психологические виды помощи при табакокурении» и в качестве заместителя председателя комиссии по борьбе с пьянством, а также психотерапевтической практики в психоневрологических и наркологическом диспансерах и навыки, приобретенные во время стажировки в итальянском терапевтическом сообществе «Чентро итальяно ди Солидарьета» в Риме (президент – Дон Марио Пикки) и в Информационно-исследовательском центре по проблемам, обусловленным потреблением алкоголя в городе Тренто (директор – профессор Ренцо Де Стефани). Помимо этого, автор метода опирался на опыт, накопленный при организации терапевтической общины для наркоманов на базе сельской больницы, при создании в московском регионе клубов трезвости, опыт пастырского окормления больных Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук (НЦПЗ РАМН) и душепопечение на вверенном ему церковном приходе.

В процессе адаптации к существующим местным условиям и российским традициям клубы постепенно обрели новый облик, самобытность и стали именоваться православными приходскими семейными клубами трезвости.

Изначально в основе метода В. Худолина лежала концепция, согласно которой алкоголизм рассматривался как интегральная экосистемная биопсихосоциальная проблема [59]. Однако за полвека своего существования метод В. Худолина усовершенствовался, стала приниматься во внимание

духовная составляющая, но она ограничивалась только антрополого-спиритуальной сферой.

Протоиерей Алексей Бабури в ППСКТ включил религиозный компонент в концепцию реабилитации. Таким образом, социально-экологический подход В. Худолина был пополнен пастырским подходом, имеющим в основе опытно-теоретические знания православной антропологии, гомилетики, аскетики, а также многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения страждущих. Благодаря такой интеграции была получена единая методология для анализа и коррекции всех форм зависимого поведения – синергетический подход [13].

Важно также отметить, что семейный клуб трезвости не подменяет собой приходские церковные общины, так как не ставит перед собой религиозных и сотериологических целей, но вполне может быть действенным подспорьем в решении житейских проблем прихожан.

Созданные в России на началах самоуправления, взаимопомощи, солидарности и бескорыстия ППСКТ изначально стали использовать свой религиозный ресурс. Сочетанное воздействие на личность участников клубов соборного литургического общения, церковных таинств, личной и общественной молитвы, пастырского душепопечения, деятельного участия членов ППСКТ в приходской жизни приводит к их оздоровлению и духовно-нравственному росту.

В настоящее время в России действуют 23 ППСКТ при храмах и 2 СКТ при государственных наркологических учреждениях. Деятельность клубов осуществляется в сотрудничестве с Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ).

Одной из тенденций развития метода ППСКТ Алексея Бабурина является открытость и готовность к обогащению работников (ведущих) клубов современными научными знаниями. В настоящее время осуществляется инновационный мультидисциплинарный проект кафедры наркологии

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» и общественной организации «Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости» по подготовке организаторов (ведущих) семейных клубов трезвости с использованием знаний из области психиатрии, наркологии, психологии и психотерапии, социальной работы. Была разработана обучающая программа в форме еженедельных семинаров с элементами групповой психотерапии для ведущих СКТ, и с февраля 2014 года на территории храма Всех святых на Соколе, при организационной поддержке Координационного центра по противодействию алкоголизму и наркомании Северного викариатства работает «Школа подготовки организаторов семейных клубов трезвости».

Помимо того часть организаторов (ведущих) ППСКТ прошли подготовку по реабилитации на кафедре наркологии РМАПО на цикле повышения квалификации «Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов наркологического профиля», получили соответствующие удостоверения и успешно интегрируют полученные знания и навыки в ведении клубов.

Данное пособие предоставляет возможность ознакомиться с концептуальными и организационными основами деятельности ППСКТ, историческими аспектами клубного и трезвеннического движения и может быть полезным специалистам и волонтерам, участвующим в оказании профилактической, лечебной и реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами и их семьям.

ГЛАВА 1. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛУБНОГО И ТРЕЗВЕННИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ

1.1. О развитии клубного движения

«Клуб является одним из древнейших, стабильных и уникальных социальных институтов. Реализуя важнейшую сущностную функцию культуры – коммуникативную, клуб, варьируясь и модифицируясь на протяже-

нии истории, сохранил имманентно присущие ему свойства, делающие его непреходящим притягательным средством межличностного общения, не имеющего равных себе по эффективности решения локальных социально-культурных задач, ставящихся интегрирующимися в клуб людьми» [66].

Известны различные модификации клубов, существовавшие в разное время и создававшиеся с разными целями: древнегреческие гетерии, древнеримские коллегии, английские клубы, немецкие ферайны, Якобинские клубы во Франции, российские дворянские и купеческие собрания.

«К середине XIX века появились и развивались самые разные клубы – литературные, артистические, театральные, профессиональные, деловые, политические, университетские. Так же начиная с 90-х годов XIX века наблюдался стремительный рост спортивных клубов (гольф-клубов, яхт-клубов, конноспортивных клубов и мн. др.)» [67].

Клубы выполняли гедонистическую, релаксационную, компенсаторную, самореализующую, экономическую, развивающую и аксиологическую функции [20].

В связи с развитием в середине XIX века в Англии трезвенного движения там появились соответствующие клубы – так называемые «трезвые кабаки». Тогда же в России, тоже в связи с развитием трезвенного движения появились трезвенные чайные, а позже Народные дома.

Ученик и последователь А. Адлера, австрийско-британский клинический психиатр и пионер социальной психиатрии Д. Биерер (J. Bierer) перед началом Второй мировой войны впервые решает объединить в социально-терапевтический клуб, как он его назвал, людей с одинаковыми проблемами поведенческого характера и психических отклонений.

Первого апреля 1964 года доктор медицинских наук Владимир Худолин, проходивший стажировку по стипендии ВОЗ в клиниках у Д. Биерера и М. Джонса (M. Jones) в Великобритании и Шотландии в 1952-1953 гг., открывает при университетской клинике первый в Хорватии

Клуб лечащихся алкоголиков, используя методологию терапевтических сообществ, стратегию работы в малых группах и семейный подход.

Родительские и семейные клубы в России известны с начала XX века, широкое распространение получили в 70-80-е годы прошлого века, в настоящее время представлены в основном клубами молодой семьи. Эти клубы выполняют, в основном, развивающую и аксиологическую функции.

По мнению В.В. Туева, сущность всякого клуба – «коммуникативное обособление в рамках общности» и «современная наука должна рассматривать клуб как уникальный социальный институт, где действует особая педагогика коммуникативных отношений – педагогика формирования радости общения между людьми» [67].

1.2. О традициях трезвенничества в России

Начало организованных обществ трезвости в России связано с именем Сергея Александровича Рачинского (1833-1902). Блестящий ученый, в 33 года защитивший докторскую диссертацию, профессор организованной им кафедры физиологии растений в Московском университете в 1868 году, поддержав сторону прогрессивных профессоров в конфликте с университетской администрацией, вынужденно уходит в отставку и уезжает в свое имение в селе Татево, где становится учителем и директором сельской школы.

18 июля 1882 года С.А. Рачинский, чтобы приобщить людей к трезвому образу жизни, в сельской церкви села Татево Тверской области со своими учениками произносит торжественный обет воздержания от употребления спиртных напитков и учреждает «согласие» трезвости. По его примеру во многих городах и сёлах стали возникать аналогичные сообщества. К 1913 году их существовало уже более 2000, в которых состояло около 500 000 человек.

Во всех обществах устав предписывал своим членам служить примером воздержания от употребления спиртных напитков, запрещалось угощать вином своих гостей, посещать питейные заведения. В общества принимали на разные сроки: это мог быть один год, а в иных обществах на всю жизнь.

С этих пор в России получают широкое распространение «обеты трезвости». Сотни тысяч людей давали на особом молебне обещания Богу не пить вина на тот или иной срок в присутствии священника и людей, вступали в общества трезвости, и с Божьей помощью, при взаимной поддержке, воздерживались от употребления спиртного.

Только в Даниловском обществе трезвости в Москве с 1905 по 1908 гг. было дано 173 966 обетов, т.е. в среднем каждый день около 119 человек связывали себя словом не употреблять спиртных напитков на тот или иной срок [64]. Врач А.В. Марковников на II Всероссийском Съезде практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, проходившем в Москве 6-12 августа 1912 года, в своем выступлении о народных обычаях – «зароках», т.е. обетах воздержания от алкоголя, делал вывод об их пользе. Он говорил: «Встречаясь нередко с отрицательным отношением к этим «зарокам», особенно, со стороны интеллигенции, я задался целью исследовать этот вопрос. Мои благоприятные для этого обычая выводы, мне кажется, могут считаться достаточно объективными, ибо я сам нерелигиозный человек, и, кроме того, большой поклонник и пропагандист лечения алкоголизма гипнозом». По сведениям А.В. Марковникова обеты, данные на один год, выдерживались в дореволюционной России в среднем в 56% случаев [64].

Другой выступавший на съезде, священник Трехсвятительской церкви у Красных ворот в Москве, Николай Колосов, предлагал как «средство борьбы пастыря с народным пьянством» – «принятие от пьяниц и от пьющих вообще обещаний воздержания от спиртных напитков», указывая на то, что многие еще в то время относились к этому «с непонятным и не-

обоснованным предубеждением». По наблюдениям священника Николая Колосова «количество действительно исправляющихся и бросающих пить или по крайней мере выдерживающих обещания колеблется между двумя третями и тремя четвертями всего числа дающих обещания». При этом отец Николай говорил: «Конечно, священник не должен прерывать связи с давшими обещание и пастырски наблюдать и поддерживать их» [65].

За кратчайший исторический период в России была создана комплексная система воспитания народа в духе трезвости. Сотни тысяч людей получали помощь в освобождении от страсти пьянства в обществах трезвости. Идеи трезвого образа жизни обсуждались на страницах 32 тематических журналов и сотен книг и брошюр. В духовных семинариях будущие священнослужители, а в учительских семинариях будущие учителя получали подготовку, позволявшую им квалифицированно вести трезвенную работу. Создавались учебные пособия и вводились уроки трезвости в школах. Предлагались программы проведения идей трезвости в курсах многих школьных предметов. Появилась даже первая специальная школа трезвости в окрестностях Санкт-Петербурга. В разных городах проводились антиалкогольные выставки. В 1909 и 1912 гг. состоялись Всероссийские съезды, посвященные воспитанию трезвого образа жизни. В Третьей Государственной Думе существовала Комиссия по борьбе с алкоголизмом. Законодательную работу в комиссии по мерам борьбы с пьянством в Третьей Государственной Думе с 1907 по 1912 гг. возглавлял епископ Православной церкви – преосвященный Митрофан, епископ Гомельский (в миру Дмитрий Краснопольский 1869-1919 гг., депутат от Могилёвской губернии). В 1958 году было принято Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками».

По всей стране организовывались трезвенные чайные и столовые, создавались бесплатные амбулатории и лечебницы для алкоголиков.

В 1914 году в связи с началом войны во всей стране было запрещено производство и продажа водки, существенно ограничена продажа вина и пива. Трезвая жизнь России продолжалась и после революции 1917 года. Совнарком РСФСР в 1918 и 1919 гг. издавал декреты о запрещении производства и продажи алкогольных напитков в стране. Но в условиях гражданской войны эти распоряжения, разумеется, были трудно исполнимы.

С 1921 года с введением НЭПа последовательно разрешалось продавать вино, пиво, ликеры и наливки, настойки, а в 1924 году государство монополизировало производство и продажу алкоголя и организовало выпуск водки. С тех пор алкоголь легально вернулся в жизнь россиян. Крупные антиалкогольные кампании организовывались правительством Советского Союза дважды – в 1928-1932 гг. и в 1985-1988 гг., но быстро сворачивались. Постановления ЦК КПСС принимались также дважды – в 1958 и 1972 гг. – Постановление Совмина СССР от 16.05.1972 № 361 «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма». В 1972 году (24.08.1972 г.) был издан приказ Минздрава СССР № 694 «О мерах по дальнейшему усилению борьбы против пьянства и алкоголизма».

Стихийное народное трезвенное движение существовало с 70-х годов прошлого века полулегально. Крупнейшим его представителем был известный хирург академик АМН СССР Федор Григорьевич Углов (1904-2008 гг.).

Первый антиалкогольный клуб в СССР был создан в 1967 году в Риге по инициативе главного психиатра Латвийской ССР Зузанны Григорьевны Сочневой. Первым руководителем этого клуба был выдающийся психотерапевт, основатель знаменитой рижской «Школы доброго слова», Александр Михайлович Фалькенштейн. Его именем в созвездии Геркулеса была в последующем названа отдельная звезда.

В 1969 году в клинической психоневрологической больнице города Тарту был основан клуб «Анти-Вакхос» (Эстонская ССР). Решением ис-

полнительного комитета Тартуского городского совета депутатов ЭССР № 300 в Тарту 4 сентября 1970 года был утвержден устав клуба.

21 марта 1978 года на базе Московского психоневрологического диспансера № 20 при амбулатории кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей М.Е. Бурно был открыт кафедрально-диспансерный антиалкогольный клуб «Свеча».

Специальный семейный клуб для реабилитации больных с хроническим алкоголизмом под названием «Здоровье» был создан в 1979 году при Доме (дворце) культуры имени Я. Томпа в Таллинне.

В 80-е годы XX века в СССР в большом количестве стали организовываться антиалкогольные клубы, руководимые обычно врачами – наркологами и психотерапевтами [21].

5 декабря 1992 года при содействии итальянских специалистов на базе Православного наркологического центра при Никольском храме подмосковного села Ромашкова (руководитель – протоиерей Алексей Бабурин) открылся первый семейный клуб трезвости. Работником (ведущим) его стала, после ознакомления с деятельностью трезвеннических клубов в Италии, врач-нарколог М.Н. Карпова.

В данной главе кратко описывается история клубного и трезвеннического движения, сообщается о приемах борьбы с пьянством в России, о людях, посвятивших свою жизнь созданию и укреплению традиций трезвости.

Контрольные вопросы:

- 1. Каковы основные функции клуба как социального института?*
- 2. Когда на Руси появился обычай давать «обеты трезвости»?*
- 3. С именем какого ученого связано появление в России организованных обществ трезвости в конце XIX века?*

ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ МЕТОДА ППСКТ

2.1. Определение, цель, задачи, принципы

Определение. Приходские православные семейные клубы трезвости – это сообщество семей, имеющих проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) или с использованием психоактивных действий (ПАД), добровольно объединившихся для обсуждения практических вопросов и способов их решения с целью поддержания своих усилий на пути к трезвому образу жизни и духовно-нравственному становлению.

Цель: оздоровление личности, страдающей аддиктивными расстройствами, и семьи в русле Православия, приобретение членами семей навыков трезвения.

Задачи:

- оказание помощи в изменении стиля жизни лицам, страдающим аддиктивными расстройствами (злоупотреблением или зависимостью от ПАВ или ПАД);
- оказание помощи и поддержки членам семей лиц, страдающих аддиктивными расстройствами;
- помощь членам семей в улучшении своего репертуара социальных навыков;
- обеспечение участникам клуба постоянного контакта с профессиональными работниками в области охраны психического здоровья;
- предоставление дополнительных возможностей в кризисных ситуациях.

Принципы, лежащие в основе метода ППСКТ:

- Доступность помощи
- Добровольность
- Соборность (духовная общность самобытных индивидуальностей)
- Уважение к личности

- Принцип свободы и ответственности
- Самопомощь
- Взаимопомощь
- Отношение к зависимости как к заболеванию био-психо-социально-духовному
- Понимание выздоровления от зависимости как пути к личной свободе через оздоровление (развитие) на 4 уровнях: духовном, социальном, психологическом, биологическом
- Многосемейственность
- Деятельность по оздоровлению личности и семьи ведется в духе Православия
- Вера в возможности оздоровления отдельной личности, семьи и ситуации в целом
- Индивидуализированный (феноменологический) подход к каждому участнику клуба и к каждой семье
- Открытость для общества и сотрудничество с государственными, общественными структурами, Русской Православной Церковью (РПЦ), отечественными и зарубежными движениями в поддержку здорового образа жизни и трезвости
- Использование научных достижений и накопленного практического опыта.

2.2. Концептуальные основы метода ППСКТ

В основу функционирования ППСКТ положены идеи терапевтических социальных клубов Джошуа Биерера и Клубов лечащихся алкоголиков Владимира Худолкина [72,74]. Достаточно уникальным является опыт семейных встреч в клубной атмосфере, где целью является совместное освоение членами семьи трезвого образа жизни. Такие клубы получили свое развитие во многих странах мира, причем в Сербии работниками клубов

(организаторами, ведущими) являются преимущественно профессионалы, в Италии – волонтеры, а в Хорватии клубы могут вести как профессионалы, так и волонтеры.

В России сегодня семейные клубы трезвости ведут специально подготовленные добровольцы (волонтеры). Среди них встречаются специалисты с врачебным и психологическим образованием, а также священнослужители. Наличие религиозной составляющей – фундаментальная отличительная черта российских семейных клубов трезвости.

Работа в российских клубах – ППСКТ, созданных Алексием Бабуриным, строится исходя из понимания аддиктивных расстройств как проблемы био-психо-социо-духовной. Многокомпонентной проблема видится в том смысле, что развиваются зависимости у людей, имеющих дефицитарность в биологической, психологической, социальной и духовной сферах. По мере прогрессирования аддиктивной болезни эта многомерная дефицитарность нарастает и для преодоления аддикций необходима коррекция дефицитарности на всех четырех уровнях человеческого существования. Чтобы эффективно помочь человеку, страдающему зависимостью от психоактивных веществ или психоактивных действий, необходимо врачевать не только тело, но и душу, корректировать социальные отношения больного, в первую очередь – семейные. Также остро нуждается в тщательной коррекции и духовный мир зависимого человека.

Под дефицитарностью на биологическом уровне функционирования человека подразумевается неблагоприятная наследственность, внутриутробные и приобретенные в течение жизни повреждения ЦНС, нарушения в обмене нейромедиаторов. Дефицитарность на психологическом уровне – это плохая переносимость стрессовых ситуаций, жизненных трудностей; неумение строить эффективные взаимоотношения с другими людьми и с самим собой; справляться с неприятными чувствами, проживая их, не разрушая себя и окружающих. На социальном уровне – это, чаще всего, недостаточность ресурса семьи, где нет настоящего тепла, любви, принятия,

уважения, доверия (часто их заменяет гиперопека), но есть традиции употребления алкоголя и табака. На духовном уровне дефицитарность, предрасполагающая к злоупотреблению ПАВ и ПАД – это нарушения в ценностно-смысловой сфере, в искаженных представлениях о свободе и ответственности, человеческой жизни и смерти, любви и одиночестве, неумение любить, альтруистично проявлять себя во вне, потерю смысла жизни.

Преморбидная (изначальная, доболезненная) дефицитарность усугубляется по мере течения и прогрессирования аддиктивной болезни. Все интенсивнее разрушаются здоровье телесное, душевное, социальное, духовное. Лечение и реабилитация пациентов с аддиктивными расстройствами эффективны в случае предоставления пациенту и его семье и медикаментозной, и психотерапевтической, и социотерапевтической, и духовной помощи.

В ППСКТ, в первую очередь, происходит работа с зависимым человеком и его семьей на духовном уровне.

По словам врача, ученого, святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского, «Отрицательное возникает при потере положительного и неуклонно развивается» [22]. Проблемы аддиктивных расстройств, резистентные к воздействию на телесном и психологическом уровнях, часто находят решение на духовном уровне. «Именно душа и дух рассматриваются как суперресурс пациента, страдающего аддиктивными расстройствами» [50].

Работа на духовном уровне в ППСКТ базируется на православном мировоззрении, ориентирована на личность человека, созданного по образу и подобию Божию, и на семью как малую церковь, основывающуюся на христианских ценностях – любви, доверии, прощении, терпении, целомудрии, миролюбии, кротости, воздержании. Человеку, страдающему зависимостью, предлагается взглянуть на экзистенциальные вопросы, такие как «жизнь», «свобода», «смысл», «любовь», «ответственность», «болезнь», «смерть», «одиночество», в духе Евангельских истин.

Так, например, жизнь, данная Богом, является несомненной ценностью как возможность через духовное и нравственное совершенствование, при содействии благодати Божьей, осуществить свое человеческое предназначение и приобщиться нетварным Божественным энергиям.

В Православии подразумевается, что человек по Божьему замыслу создан свободным, а отнюдь не зависимым. Добровольное погружение в зависимость приравнивается к саморазрушению, медленному самоубийству, несет на себе оттенок непоправимости.

Смерть понимается как переход от «времени делания» ко «времени воздаяния», как возможность подлинной встречи с Богом, если человек в земной жизни соблюдал Божьи заповеди.

Верующий человек выходит за пределы одиночества, соединяясь с Богом. Любя Бога, он ощущает Божественную любовь, что бы с ним не случилось, каким бы испытаниям он не подвергался в земной жизни.

В семейном клубе трезвости человеку и его близким людям открывается путь веры и воцерковления в Православии как мощная духовная опора, ресурс для оздоровления в широком смысле и совладания с зависимостью, в частности.

В ППСКТ также имеются возможности для реконструкции на психологическом и социальном уровне функционирования человека. И, что особенно ценно, человек получает опыт нормативного функционирования в специально организованной среде, которая, являясь по форме клубом, по сути является терапевтическим сообществом (ТС), моделью здоровой функциональной семьи со своими ценностями, традициями, атмосферой безопасности, принятия, любви и уважения.

Реабилитация в центрах, функционирующих по принципам *терапевтического сообщества*, в последние десятилетия стала мировым стандартом долгосрочной реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ, наиболее широко используемой и эффективной моделью. В настоящее время терапевтические сообщества созданы в 54 странах и пред-

ставлены более чем 500 программами со стационарным пребыванием. Наиболее известными среди них являются: Daytop Village (США, Германия), Phoenix House (Норвегия), Getway House (США), а также ACFR – «Casa Famiglia Rosetta» (Италия), MONAR (Польша), Peper Harow (Великобритания) [9,12].

В настоящее время принципы терапевтического сообщества успешно внедряются в амбулаторных условиях.

Основные принципы функционирования ТС, применяемые в ППСКТ:

1. Отказ от традиционных статусных различий, «иерархического порядка», облегчающий открытую коммуникацию. Это процесс взаимодействия личностей. Доминирование, которое проявляется в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке, недопустимо как стесняющее собственную инициативу участника терапевтического процесса.

2. Требуется установление открытых эмоциональных отношений между всеми членами сообщества. Большое значение имеет неформальное общение во время совместных мероприятий.

3. Взаимодействие персонала и участников терапевтического процесса на основе принципа партнерства. Цели персонала и участников изначально согласовываются. Необходимо создание возможностей для непосредственного общения всех членов коллектива по всем вопросам совместной жизни.

4. Ценностные ориентиры ТС: честность, обязанность трудиться, надежность, отзывчивость, ответственность, забота о других, следование общепринятым социальным нормам, участие в общественной жизни. Действуют единые нормативные правила для всех, включая персонал. В ТС практически невозможно жить вне его правил, все тайное неизбежно становится явным.

5. Поддержание принятых в ТС норм обеспечивается через специальные санкции – это процедуры изменения статуса, ритуалы воздаяния почестей и осуждения, выражения личностного одобрения и неодобрения.

6. Наличие собственной философии и идеологии, построенной на принципах гуманизма и ответственности.

7. Принцип «обратной связи». Каждый участник ТС регулярно получает обратную связь от других членов сообщества в конструктивной, доброжелательной форме и таким образом формирует представления о себе, о проблемных сторонах своего поведения, получает стимул и направление для работы над собой.

8. Регулярные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения возникающих вопросов, а также собрания персонала для разбора затруднений в работе. В ТС используется жизненный опыт всех его членов.

9. Самообеспечение и самообслуживание являются важными компонентами организации среды. В ТС происходит разделение ответственности за реабилитационный процесс между персоналом и участниками.

10. Система самоуправления должна предусматривать регулярную сменяемость видов деятельности, обеспечивающую последовательное выполнение каждым пациентом самых разнообразных функций и ролей.

11. Сбалансированное соотношение самовыражения участника процесса и проявления им собственной инициативы с формами воспитательного воздействия «сообщества», которое включает других участников, персонал, волонтеров.

Сверхзадача терапевтического сообщества – полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от алкоголя и наркотиков, других аддиктивных агентов, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций.

Функционируя в нормативной среде ТС, воспроизводящего атмосферу здоровой семьи, участник клуба приобретает и закрепляет навыки

здорового, конструктивного взаимодействия. И, как следствие, меняются взаимоотношения в реальной семье зависимого человека.

Учитывая специфичность задач ППСКТ, для повышения качества работы с людьми, страдающими аддиктивными расстройствами, и их родственниками в процесс оказания реабилитационной помощи были внесены представления о нормативной личности, ее развитии, мотивационной сфере, развитии зависимости как чужеродного паразитарного новообразования, представления о здоровье и путях помощи зависимому человеку, базирующиеся на основных положениях Психогенетической теории личности Ю.В. Валентика [16].

Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика [17]

В 1993 году сотрудниками кафедры наркологии РМАПО под руководством Ю.В. Валентика началось создание теории личности, удобной для практического использования в сфере наркологии. Первым шагом в создании новой теории стала разработка психогенетической модели личности. Совершенствование теории продолжалось Ю.В. Валентиком вплоть до 2008 года и продолжается в настоящее время его коллегами и учениками.

Структура личности

Личность есть «высшее психическое, точнее – психосоциальное образование». «Личность – чисто человеческий феномен, общественная форма структурирования и организации психики». Основой личности является «Я» – «сложное образование, лежащее в центре самосознания, самоконцепции, самооценки, саморегуляции».

В структуре личности человека можно выделить качественно определенные части или устойчивые состояния – универсальные нормативные личностные статусы (ЛС). Подразумевается универсальность этих состояний для всех людей. ЛС – это социокультуральное наполнение содержанием психобиологических образований человека. «ЛС – это не внешние приобретения, а развитие внутренних психобиологических образований».

В многолетних исследованиях, проводимых на кафедре наркологии РМАПО под руководством Ю.В. Валентика, были определены универсальные ЛС, которые осваиваются каждым человеком в ходе его жизненного цикла. Как составляющие нормативной сферы личности были выделены: ЛС «Я – телесное», ЛС «Я – ребенок (сын/дочь)», ЛС «Я – мужчина/женщина», ЛС «Я – партнер (муж/жена)», ЛС «Я – родитель», ЛС «Я – профессионал», ЛС «Я – член групп». Графически структура личности представляется в виде круга, разбитого на секторы, где каждому сектору соответствует тот или иной личностный статус (рис. 1).

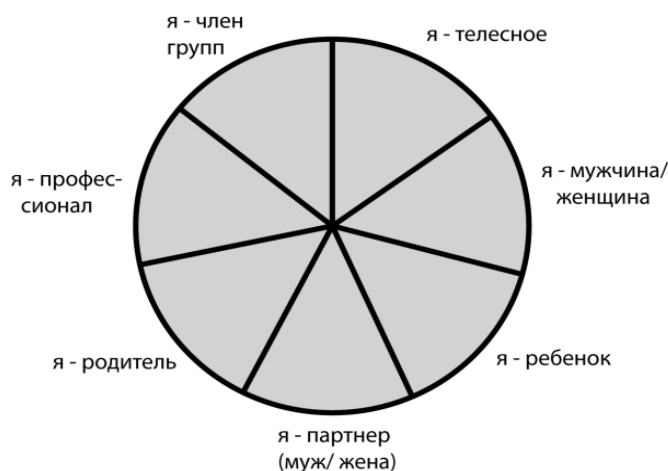


Рис. 1. Структура нормативной личности человека

Содержимое каждого статуса – определенные смыслы, ценности, установки и стереотипы восприятия и поведения, характерные для того социокультурального окружения, в котором человек живет. В каждый момент времени человек переживает свою идентичность только в одном – актуализированном и доминирующем ЛС. Самый простой способ актуализировать какой-либо ЛС – это обратиться к человеку по имени, характерному для данного конкретного статуса. Например, уменьшительно-ласкательное имя как ключ замок «откроет» ЛС «Я – ребенок», а обращение к человеку по имени – отчеству актуализирует ЛС «Я – профессионал».

«Конкретный статус не исчерпывает всего богатства личности. Никогда актуальное маленькое «я» не равняется большому совокупному «Я».

Универсальность содержания личностных статусов является основой межлического, межличностного взаимодействия всех людей и, в том числе, психотерапевтического взаимодействия.

Развитие личности

Психика формируется и функционирует в процессе развертывания генетической программы в специфических условиях человеческого общества. Личность в данном случае рассматривается как содержание, записанное в «оболочку» психики в период социализации, вхождения в социокультурное пространство. «Развитие личности происходит в недрах психики, характеризуется онтогенетическими особенностями наполнения психики, становлением сферы сознания и самосознания, влиянием окружающих лиц и социума в целом».

Формирование личности связано с качественно определенными этапами жизненного цикла человека. Многообразные аспекты личности не созревают и не открываются сами по себе, для их раскрытия необходимо взаимодействие со значимыми другими лицами (ЗДЛ). Каждый ЛС возникает и развивается по мере приобретения опыта взаимного удовлетворения потребностей человека и его конкретного ЗДЛ. Для каждого статуса существуют определенные ЗДЛ, активизирующие его работу. Так, например, для формирования статуса «Я – ребенок» нужны родители или фигуры, их заменяющие; для того, чтобы сформировался статус «Я – мужчина/женщина», необходимо взаимодействие с представителями противоположного пола. Для статуса «Я – партнер (муж/жена)» ЗДЛ являются супруги; для статуса «Я – профессионал» – коллеги, для «Я – родитель» – дети, для «Я – член групп» – соплеменники, единовѳрцы (рис. 2).

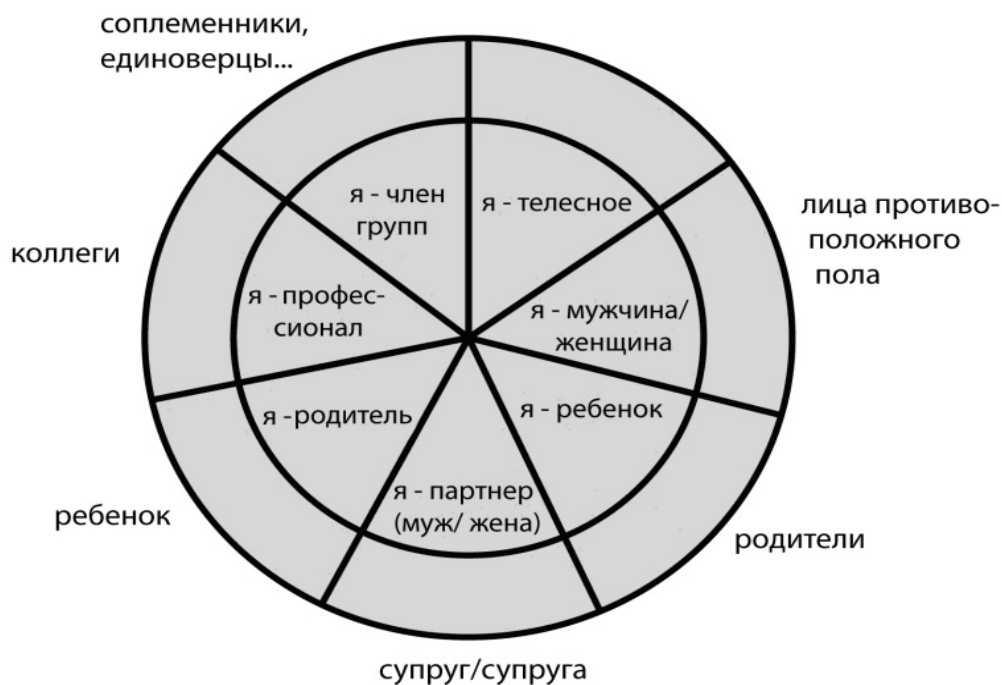


Рис. 2. Значимые другие лица

Взаимодействие человека со ЗДЛ направлено на взаимное удовлетворение потребностей и осуществляется как приобретение, отдача или обмен веществом, энергией, информацией. «В ходе взаимодействия со ЗДЛ человек усваивает информацию, в его психике кристаллизуются правила социальных интеракций, формируются установки, вырабатываются адаптивные стереотипы поведения. На основе такого опыта вырабатываются обобщенные личностные смыслы и ценностные ориентации ... ». Таким образом, « ... для нормального развития человеческой личности необходимы встречи с основными ЗДЛ и установление надежных отношений с ними по ходу реализации жизненного цикла».

Мотивация

Поведение человека детерминировано биогенетической и социогенетической программами, которые подразумевают наличие потребностей не только физиологических, но и психологических, социальных. Удовлетворение потребностей необходимо для поддержания гомеостаза организма и обеспечения гармоничного состояния психики.

Для каждого нормативного личностного статуса человека характерны определенные совокупности потребностей (табл. 1).

Таблица 1

Классификация потребностей в соответствии с универсальными нормативными личностными статусами человека

Личностный статус (ЛС)	Потребности, характерные для ЛС
ЛС «Я – ребенок»	<ul style="list-style-type: none"> - быть желанным, быть защищённым, - в учебе и развитии, в творчестве, - в первичной аутоидентификации, - в демонстрации достижений, в соответствии родительским указаниям, - в благодарности и заботе о родителях;
ЛС «Я – телесное»	<ul style="list-style-type: none"> - стремление к телесному комфорту и удовольствиям, - самостоятельное создание условий для оптимального функционирования своего организма, - обеспечение самосохранения;
ЛС «Я – мужчина/женщина»	<ul style="list-style-type: none"> - в овладении гендерными особенностями поведения (вторичная аутоидентификация), - в сексуальных отношениях, во взаимопонимании и установлении более зрелых отношений с людьми противоположного пола, - в обеспечении условий для рождения детей;
ЛС «Я – партнер (муж/жена)»	<ul style="list-style-type: none"> - в особых близких отношениях и доверии, - в сотрудничестве и разделении ответственности, - в заботе о семье;
ЛС «Я – родитель»	<ul style="list-style-type: none"> - в контактах с детьми, их благополучии, успехах, благодарности, - в совместной деятельности, обучении и передаче опыта, - защищать и заботиться;
ЛС «Я – профессионал»	<ul style="list-style-type: none"> - в самореализации и успехах в избранной деятельности, - в обмене результатами труда и признании окружающих,

	- в востребованности (внесении своего вклада в функционирование социума);
ЛС «Я – член групп»	- в принадлежности определенному сообществу (этносу, культуре, конфессии и т.д.), - в соответствии нормам, принятым в данной группе, - в общении с единомышленниками, - в сохранении и передаче группового опыта и традиций.

Потребности в данном случае выступают мотивами, побудителями к действию, а такие личностные структуры, как установки, ценности, смыслы, – регуляторами поведения человека. Развиваясь во взаимодействии с нормативным окружением (ЗДЛ), ребенок постепенно приобретает здоровые (конструктивные, функциональные, способствующие адаптации) смыслы, ценности, установки и вырабатывает социально-приемлемые поведенческие паттерны.

Психопатология

«Во взаимодействии со ЗДЛ человек получает и одновременно открывает в себе ресурсы, необходимые для дальнейшего существования. Свертывание отношений со ЗДЛ ведет к дефициту ресурсов. Это означает страдание, которое может закончиться весьма печальным образом. В отсутствие реального взаимодействия с нормативными ЗДЛ возникают проблемы с реализацией жизненного цикла, а развитие личности просто не происходит».

Нормативная часть личности не может сформироваться в отсутствие взаимодействия со ЗДЛ. Нарушение формирования нормативных личностных статусов, их недоразвитость приводят к недостаточности внутренних факторов, ответственных за контроль поведения. В основе аддиктивных расстройств поведения лежит нарушение способности распознавать свои потребности и регулировать их удовлетворение, отсекая способы, заведомо приводящие к пагубным последствиям.

Любая существующая потребность требует удовлетворения или, если удовлетворение невозможно, разрядки. Энергия неудовлетворенных потребностей создает потребностное напряжение, которое обладает сокрушительной разрушающей силой. Разрядкой могут являться физическая нагрузка, интенсивная деятельность, смех, плач, исповедь. Если в условиях семьи не научить ребенка распознавать и удовлетворять свои потребности здоровыми способами, формируются, как правило, патологические способы разрядки энергии неудовлетворенных потребностей (употребление ПАВ или другие виды аддиктивного и девиантного поведения, такие как агрессивное поведение, аутоагрессия, промискуитетное поведение, поведение, связанное с неоправданным риском, и т.д.). Так, например, молодой человек, испытывающий потребность в общении, страдающий от одиночества, но не умеющий строить искренние взаимоотношения с людьми, пьет для раскрепощения в компании, для знакомства с людьми противоположного пола.

По мере развития зависимости от ПАВ или ПАД выработанные патологические способы поведения подкрепляются практическим опытом, становятся стереотипными. Этому способствует длительное пребывание в ненормативной среде – в дисфункциональной семье или субкультурной компании, где принято злоупотребление ПАВ или использование иных аддиктивных агентов.

Для понимания изменений, происходящих в психологической сфере зависимых пациентов, очень важно представление о чужеродном паразитическом образовании в структуре личности, которое «отвечает» за поддержание болезни. Эта часть личности, которая появляется у лиц, страдающих аддиктивными расстройствами, получила название ЛС «Я – патологическое» («Я – алкоголик», «Я – наркоман»). ЛС «Я – патологическое» – это «изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах», возникающие по мере злоупотребления ПАВ, – «дина-

мичное личностное новообразование», контрастное по отношению к существующим нормативным ЛС.

Развивается ЛС «Я – патологическое» во взаимодействии с лицами, злоупотребляющими ПАВ (например, «собутельниками» в случае алкогольной зависимости) и, в последующем, может быть актуализирован ими в любой момент времени. Это объясняет опасность встреч выздоравливающего от зависимости человека с компанией, в которой происходило употребление.

По мере развития зависимости от ПАВ нормативные статусы искажаются, в то время как ЛС «Я – патологическое» становится доминирующим (рис. 3).

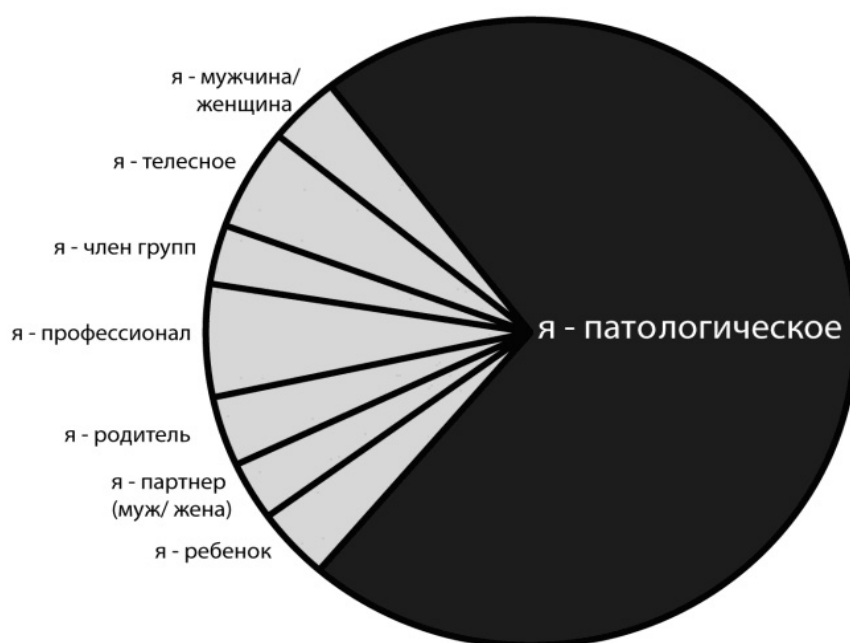


Рис. 3. Развитие зависимости

Личность зависимого человека, таким образом, деформируется, что внешне проявляется как деградация и дезадаптация в обществе. Подавляющую часть времени зависимый человек проводит в статусе «Я – патологическое». В тот момент, когда у больного, страдающего зависимостью, доминирует статус «Я – патологическое», его поведение обусловлено потребностями:

- в использовании аддиктивного агента (например, того или иного ПАВ);
- в общении со специфическими ЗДЛ, с которыми происходит злоупотребление;
- в обеспечении условий для прогрессирования болезни.

В момент актуализации патологического влечения ценности, установки «Я – патологического» регулируют поведение зависимого от ПАВ человека. С точки зрения здорового, не страдающего зависимостью человека, поведение зависимых выглядит неадекватным, однако его легко объяснить с позиций «Я – патологического». « ... Будучи нравственными чужаками для своего нормативного окружения, они являются высоконравственными личностями для своего алкогольного окружения, храня и воплощая его ценности». Например, высшей ценностью человека, страдающего алкоголизмом, постепенно становится спиртное, смысл лечения начинает сводиться к поправке здоровья для продолжения употребления, высказывается убеждение, что жизнь без алкоголя не имеет смысла. Здоровым людям поведение зависимого человека кажется странным, в то время как для него самого оно – естественный способ жизни.

Близкие люди, члены семьи, любовь, дружба, здоровье не являются ценностями в статусе «Я – патологическое». Высшую позицию в ранге ценностей занимает психоактивное вещество или иной аддиктивный агент. «Присутствие пациента в нормативной реальности – лишь видимость. На самом деле он живет в ином, болезненном пространстве – времени».

Такие симптомы зависимости, как нескритичность и анозогнозия, объясняются пребыванием пациента в статусе «Я – патологическое», когда нормативные ЛС недоступны.

Психическое здоровье

Представления о психическом здоровье в русле психогенетической теории личности связаны со следующими факторами:

- взаимодействие с соответствующими нормативными значимыми другими лицами по мере прохождения всех жизненных этапов;

- полноценное и гармоничное развитие универсальных нормативных личностных статусов (наполнение их по мере взросления нормативными установками, убеждениями, ценностями, смыслами, поведенческими паттернами);

- сформированность личностной саморегуляции, т.е. умение осознавать и удовлетворять свои потребности здоровыми способами (через реальное самостоятельное решение проблем или использование ресурсов социального окружения);

- в тех случаях, когда потребность не может быть удовлетворена социально-приемлемыми способами, достижение разрядки или использование стратегий совладания (использование психотехнологий, обращение за профессиональной психотерапевтической помощью) и конструктивных защит (творчества и других видов сублимации).

Для профилактики девиантного и, в том числе, аддиктивного поведения необходимо научить ребенка осознанию и удовлетворению своих потребностей здоровыми способами – выработать у него способность к самостоятельной регуляции своего поведения. Личностная саморегуляция – это сознательный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности.

Помимо того «здоровье индивида связано с взаимным принятием норм и ценностей других людей, позволяющих развивать взаимные удовлетворяющие отношения».

Возможности изменения личности в процессе терапии

Исходя из психогенетической теории личности, предполагается существование двух принципиальных путей для психотерапевтических вмешательств, позволяющих патогенетически повлиять на поведение зависимого человека: нейтрализации патологических личностных образований и активизации ресурсов нормативной части личности.

Процесс лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ и психоактивных действий, требует определенной последовательности применения психотерапевтических методов в зависимости от меняющегося статуса больного. В начале лечения врачу-наркологу или психотерапевту приходится иметь дело с пациентом, у которого актуализирован статус «Я – патологическое», когда его поведение целиком обусловлено потребностями «Я – патологического» и регулируется патологическими установками, смыслами и ценностями. Отсюда формальная, внешняя установка на лечение: пациент, находясь в «Я – патологическое», лечится, чтобы доказать родителям и всем окружающим, что лечение неэффективно и бессмысленно. Отношение к близким людям, как правило, враждебное, потребительское и манипулятивное, ведь у «Я – патологического» ЗДЛ являются не родители, не партнеры, а те, с кем происходило употребление ПАВ или использование другого аддиктивного агента. Пациент в статусе «Я – патологическое» не собирается прекращать употребление, так как это означало бы «убийство себя», напротив, все силы направляются на защиту болезни. Нельзя напрямую уменьшить или уничтожить «Я – патологическое», когда оно у зависимого пациента является доминирующим, когда из этого патологического статуса принимаются решения (например, участвовать или не участвовать в реабилитационной программе). «Для развития мотивации на лечение у больных с аддиктивными расстройствами необходимо актуализировать ту (нормативную) часть личности, в которой существуют неудовлетворенные потребности».

«Я – патологическое» можно только принудить действовать тем или иным способом. Поэтому на отдаленных этапах лечения наиболее оправданы развивающие личностно-ориентированные методы психотерапии, а на начальных этапах успешным оказывается использование методов манипулятивной психотерапии.

Технология психотерапевтических воздействий при лечении и реабилитации пациентов с аддиктивными расстройствами включает следующие последовательные компоненты:

- установление коммуникативного взаимодействия;
- работа с патологическим личностным статусом, направленная на его минимизацию и нейтрализацию (используются манипулятивные методы);
- разотождествление пациента с патологией, перевод его актуальной личностной позиции из патологической части личности в нормативную;
- углубление разотождествления, фиксация пациента в нормативных ЛС и обучение контролю и совладанию с актуализацией «Я – патологического»;
- помощь в раскрытии и обеспечении функционирования нормативных личностных статусов.

Плодотворная психотерапевтическая и реабилитационная работа с зависимым пациентом возможна даже на поздних стадиях заболевания благодаря сохранности нормативных частей личности (пусть даже в искаженном состоянии). Возможность изменений появляется с момента его переключения из «Я – патологическое» в нормативные ЛС. «Оптимальной является такая психотерапевтическая ситуация, когда психотерапевт становится для пациента одним из нормативных ЗДЛ» и «осуществляет свои интервенции через соответствующие сферы личности».

Психогенетическая теория личности, по сути, дает концептуальную основу для воссоздания или реконструкции нормативной сферы личности. Через обнаружение фрустрированных потребностей определяются дефицитарные ЛС и проводится работа с их содержанием.

Нормативные установки, смыслы и ценности, регулирующие способы удовлетворения потребностей, у пациента, страдающего аддиктивными расстройствами, необходимо выработать, используя методы психотерапии,

и закрепить приобретением личного практического опыта в процессе реабилитации.

Личностная дефицитарность восполняется шаг за шагом в условиях ТС со специально созданной реабилитационной средой, которая призвана заменить семейную атмосферу. Буквально за несколько месяцев реабилитации пациент как бы снова проходит все этапы становления – детство, отрочество, юность и наполняет ЛС нормативным содержанием, развивает необходимые для саморегуляции установки, смыслы, ценности. Функции ЗДЛ в реабилитационной программе выполняют специалисты – члены мультидисциплинарной команды. Именно опыт взаимодействия с членами ТС, принявшими на себя роль ЗДЛ (специалистами, «инструкторами» из числа выздоравливающих), позволяет достичь корректировки ЛС или воссоздать нормативные ЛС пациента, страдающего аддиктивными расстройствами. Этот путь позволяет воспроизвести естественные этапы развития личности за относительно короткий промежуток времени.

Ключевым является понимание того, что использование аддиктивных агентов не ведет к удовлетворению потребностей, а ведет лишь к суррогатному совладанию с потребностным напряжением. Этот факт создает психологическое преимущество выздоровления перед продолжением использования аддиктивного агента, как всякого подлинного перед поддельным. Именно по этой причине, проработав и закрепив в процессе психотерапии социально приемлемые способы удовлетворения потребностей, можно добиться стойких и качественных ремиссий.

Как показывает практический опыт работы с пациентами, страдающими аддиктивными расстройствами, даже само изучение пациентом психогенетической теории личности Ю.В. Валентика производит терапевтический эффект. Пациент начинает понимать отличия нормативной части своей личности от чужеродного «паразитарного» образования – болезни, «Я – патологического». Происходит разотождествление больного с болезнью и энергия переживания вины за свой образ жизни направляется на

противостояние болезни. Пациент начинает лучше понимать смысл лечения, реабилитации, становится более мотивированным к отказу от использования аддиктивного агента и осмысленно сотрудничает со специалистами на пути к выздоровлению.

В любой реабилитационной среде существуют внешние механизмы контроля и регуляции поведения пациента (специальные правила, обратная связь, система поощрений и заданий и т.д.). Это позволяет отрегулировать его поведение во время пребывания в сообществе. Однако очень важно обеспечить условия для создания внутренних факторов контроля поведения – факторов саморегуляции, которые будут продолжать действовать вне реабилитационной структуры, в реальной жизни.

Помочь зависимому человеку изменить стиль жизни и научиться регулировать собственное поведение помогает использование элементов метода формирования личностной саморегуляции (Е.А. Соборникова, 2010-2016), таких как методики разотождествления нормативной и патологической частей личности, методики работы с потребностями, стратегии развития нормативных установок, смыслов, ценностей личности как регуляторов поведения (приложение 1).

Метод направлен на помощь зависимому человеку в освоении регуляции собственного поведения и на помощь его семье в создании условий, способствующих развитию внутренних факторов контроля поведения.

Базовыми положениями метода, которые используются в работе ППСКТ, являются следующие:

- изменения личности, возникающие в процессе прогрессирования аддиктивных расстройств, во многом обратимы;
- пребыванию человека, страдающего аддиктивными расстройствами, в трезвости способствует разотождествление его нормативной части личности с патологической;

– привлекательной и надежной альтернативой употреблению ПАВ является умение распознавать и удовлетворять универсальные человеческие потребности, в том числе духовные, конструктивными способами;

– опыт конструктивного удовлетворения универсальных человеческих потребностей зависимый человек может приобрести в условиях терапевтического сообщества;

– развитие нормативных установок, смыслов и ценностей личности обуславливает самостоятельную регуляцию поведения зависимого человека;

- родственники зависимого человека смогут помочь ему и себе, если научатся переключать самих себя из статуса «Я – созависимое» в нормативные личностные статусы.

Сформированная на основе нормативных установок, целей, смыслов и ценностей личностная саморегуляция поведения является надежным и естественным для человека способом жизни, сохранения трезвости как личной свободы для самоактуализации и воплощения жизненных планов.

Для работы на социальном, семейном уровне в ППСКТ также используются представления о функциональной и дисфункциональной семье, о созависимых отношениях, способствующих поддержанию болезни [57].

Семья рассматривается в ППСКТ как система, целостное образование, элементами которого являются члены семьи, их нормы и связи; это группа людей, взаимодействующих как единое целое. Функции семьи заключаются в непосредственном удовлетворении потребностей ее членов в процессе жизнедеятельности. По этому признаку семья является либо функциональной, либо дисфункциональной. Функциональная семья, в отличие от дисфункциональной, справляется с поставленными перед ней внешними и внутренними задачами. Дисфункциональность может возникнуть на каком-то этапе, но может быть преодолена в дальнейшем. Иногда происходит «застревание» в дисфункциональности, переходящее из роди-

тельской семьи в будущие семьи детей. Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют «почву» для созависимости. «Само собой разумеется, что в степени дисфункциональности семей могут быть различные градации. На практике лучше всматриваться в неповторимые особенности каждой отдельной семьи» [57].

Цель работы ППСКТ – помочь дисфункциональной семье стать функциональной. Сверхзадача – помощь в построении семьи как малой Церкви, базирующейся на христианских ценностях – любви, прощении, терпении, миролюбии, кротости.

Оздоровлению на биологическом, телесном уровне способствуют регулярно проводимые в СКТ спортивные мероприятия. Для необходимого медикаментозного лечения зависимый человек направляется за профессиональной помощью к врачу-наркологу, врачу-психотерапевту и врачам других специальностей. Этому способствует развитие сотрудничества ППСКТ с лечебными учреждениями.

В данной главе описываются концептуальные основы метода ППСКТ на современном этапе.

Контрольные вопросы:

- 1. Каковы цели и задачи метода ППСКТ?*
- 2. Какие идеи положены в основу функционирования метода ППСКТ?*
- 3. Какой подход для понимания проблемы зависимости от психоактивных веществ и психоактивных действий используется в ППСКТ?*
- 4. Что подразумевают под «предрасполагающей личностной дефицитарностью» в наркологии?*
- 5. Каков основной психологический механизм развития аддиктивных расстройств?*

б. К каким уровням функционирования человека обращены реабилитационные усилия в ППСКТ?

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕТОДА ППСКТ

3.1. Условия для осуществления метода ППСКТ, показания и противопоказания к его использованию

Для размещения ППСКТ чаще всего используются помещения при храмах, могут использоваться комнаты в служебных помещениях.

Обязательные условия для осуществления метода ППСКТ:

- Наличие ведущего-добровольца, прошедшего специальную подготовку, воцерковленного, получившего благословение священника
- Наличие священника, окормляющего клуб
- Наличие помещения для групповых встреч
- Наличие системы привлечения новых участников
- Наличие системы подготовки работников клуба
- Организация взаимодействия работников клуба.

Клуб формируется работником (организатором, ведущим), прошедшим специальную подготовку. Работники клубов работают на общественных началах.

Во время первой консультации (встречи с семьей) работник клуба выясняет мотивированность зависимых и созависимых членов семьи в отношении трезвого образа жизни и работы в клубе, анализирует наличие показаний и противопоказаний для участия в ППСКТ.

Показания к применению метода ППСКТ:

- Наличие аддиктивных расстройств
- Наличие зависимости у одного или нескольких членов семьи
- Наличие созависимости.

Противопоказания к применению метода ППСКТ:

- Отсутствие добровольного согласия на участие в работе клуба
- Состояния интоксикации (опьянения)
- Выраженное состояние абстиненции (похмелье, синдром отмены наркотика)
- Тяжелые соматические (телесные) и психические (душевные) заболевания, не позволяющие принимать участие в мероприятиях метода
- Несоблюдение правил, принятых в группе.

Главным условием членства в ППСКТ является полный отказ от спиртного не только лиц, зависимых от алкоголя, но и членов их семей.

3.2. Виды и содержание деятельности в ППСКТ

В клубах осуществляются следующие виды деятельности:

- Предварительное (ознакомительно-мотивационное) консультирование
- Встречи в групповой форме участников клуба, которые координирует работник клуба (ведущий)
- Встречи, объединяющие участников из нескольких клубов – «интерклубы», в форме бесед с возможностью обратной связи и обсуждения
- Киноклуб
- Просмотр спектаклей
- Паломнические путешествия
- Спортивные мероприятия
- Самодеятельный театр
- Концерты участников
- Школы, семинары, тренинги для зависимых и их родственников
- Школа по подготовке работников клуба (ведущих)
- Интервизии для работников клуба (ведущих)
- Супервизии

- Сотрудничество с медицинскими учреждениями, РПЦ, социальными службами, общественными организациями и органами власти
- Участие в конференциях.

Организация встреч в ППСКТ

Основной формой работы ППСКТ являются клубные общесемейные встречи. Важной особенностью работы ППСКТ является то, что их могут посещать не только супруги, но и дети. Практика показывает, что собрать вместе всю семью зависимого человека удастся с большим трудом. Такая работа может быть начата в неполном численном составе. «Важным здесь является не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентация на работу с общесемейной проблемой, носителем которой является семья как целое» [58].

Заседания клуба проводятся регулярно 1 раз в неделю и продолжаются около 2 часов. Каждая семья привносит в клуб свой жизненный опыт, все семьи вместе творчески осуществляют поиск конструктивного решения возникших проблем.

Помимо организатора (ведущего), в клубе избираются секретарь и кассир. В обязанности организатора (работника, ведущего) клуба входит координация взаимодействия семей, организация активного патронажа неблагополучных семей на дому, поддержание отношений с другими клубами и общественными организациями. Секретарь ведет журнал посещаемости семей, в котором отмечаются также и дни трезвости каждой семьи. Кассир занимается финансовыми вопросами, собирает взносы членов клуба, которые расходуются на общие нужды (организация чаепитий, совместных поездок за город и др.). Размеры взносов обсуждаются на заседании клуба.

Правила, действующие на встречах в ППСКТ:

- работник клуба – авторитетный координатор встречи;
- традиционно встречи проходят в обстановке чаепития;
- общая молитва перед началом встречи и в конце;

- конфиденциальность;
- непричинение вреда;
- говорить по очереди, не перебивать;
- не давать советов, когда их не спрашивают.

Пожелания к участникам – быть активными, искренними, дружелюбными.

Примерная структура встречи:

- общая молитва;
- обсуждение организационных вопросов;
- заполнение регистрационной документации;
- процедура приветствия (знакомство, напоминание правил);
- разминка для создания атмосферы сплоченности, дружелюбия, безопасности;
- беседы на актуальные темы, может говорить любой из участников, работник клуба делится собственным опытом и знаниями;
- обратная связь (каждый из участников высказывается по кругу);
- заключительная молитва.

Во время каждой встречи все семьи добровольно, в произвольной форме, излагают события прошедшей недели и предлагают тему для обсуждения в клубе. По всем обсуждаемым проблемам члены клуба могут свободно высказываться, стараясь не навязывать свое мнение окружающим и не делать оценочных суждений. Эти условия должен соблюдать и работник клуба, являющийся также его членом.

Секретарь коротко записывает содержание заседания клуба, и последующая встреча начинается с прочтения протокола предыдущего заседания.

Особые дни в работе ППСКТ – это «круглые» даты сроков длительности трезвости каждой семьи, которые торжественно отмечаются всеми его членами.

Варианты разминок:

- «Как вы?»
- «Что вы хотите получить от сегодняшней встречи?»
- «Кто вы?»
- «Чего вы хотите?»
- «С каким цветком (растением, драгоценным камнем, природным явлением и т.д.) ассоциируется у вас сосед слева, справа?»
- «Что хорошего произошло с вами на прошлой неделе?»
- «Что сегодня вы готовы привнести в работу клуба?».

Темы, рекомендуемые к обсуждению на встречах в ППСКТ:

- Зависимость как болезнь био-психо-социо-духовная
- Пути совладания с зависимостью
- Опыт совладания с зависимостью
- Опыт трезвеннической жизни
- Ресурс семьи в помощи зависимому человеку
- Явление созависимости
- Опыт преодоления созависимости
- Оздоровление семейных отношений
- Обсуждение экзистенциальных вопросов.

Патронаж

Наиболее сложной проблемой в работе ППСКТ является «срыв» одного из его членов. С целью предотвращения «срыва» члены клуба организуют активный патронаж неблагополучных семей, стараясь помочь им в разрешении проблем. Если «срыв» все же произошел, то вся деятельность клуба направляется на создание условий, способствующих выходу данной семьи из кризиса.

3.3. Организация подготовки и работы ведущих ППСКТ

Работнику ППСКТ необходимо:

- добровольное согласие на ведение клуба;
- пройти специальную подготовку;
- быть воцерковленным;
- получить благословение священника;
- жить в трезвости;
- участвовать в интервизиях;
- быть готовым к супервизии;
- участвовать в мероприятиях СКТ.

Пожелания к работникам ППСКТ:

- наличие собственного опыта преодоления зависимости (созависимости);
- наличие эмпатии;
- энтузиазм;
- чувство юмора;
- хорошие коммуникативные навыки;
- терпимость к людям.

Подготовка работников ППСКТ:

- Школа организаторов (ведущих) ППСКТ;
- интервизии;
- самоподготовка по рекомендуемой литературе;
- саморазвитие и духовный рост в русле Православия;
- супервизии.

Школа работников (ведущих) ППСКТ

В процессе помощи зависимым людям и их семьям, работникам (ведущим) СКТ приходится сталкиваться с духовными, медицинскими, психологическими и социальными проблемами и решать их в меру своей компетентности. Необходимость в обучении работников СКТ обусловлена

тем, что большинство из них не имеет специального образования в области медицины, психологии, социальной работы [55].

Занятия в Школе организаторов (ведущих) ППСКТ проходят два раза в неделю, по вечерам, в удобное для обучающихся время. Ведут семинарские занятия специалисты – врачи-наркологи, врачи-психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе. Отдельные курсы по основам Православия читают священники.

В процессе обучения у работников СКТ формируются новые компетенции (способность и готовность):

- консультирования лиц с аддиктивными расстройствами и их родственников,
- ведения психокоррекционных групп,
- формирования личностной саморегуляции у зависимых лиц и их родственников.

Помимо того, одной из задач является личностная проработка самих работников клуба (вопросов идентификации, самооценки, жизненного сценария, удовлетворения собственных потребностей), улучшение их коммуникативных навыков, навыков стрессоустойчивости и разрешения конфликтов.

Работникам клубов (ведущим) ППСКТ важно четко осознавать, *что* они могут сделать, чтобы помочь зависимому человеку пребывать в трезвости, а также *как* это сделать.

В процессе подготовки работники клубов осваивают конкретные методики, применяя которые, можно научить родственников «переключению» зависимого человека в нормативное функционирование, созданию условий для удовлетворения в семье универсальных человеческих потребностей в безопасности, в любви, в уважении, в самоактуализации.

Работники клубов на семинарах учатся создавать подлинную атмосферу терапевтического сообщества, где происходит развитие норматив-

ных статусов личности, где зависимый человек и его созависимые родственники приобретают опыт нормативного общения и решения проблем.

***Темы, которые включает программа подготовки работников
(ведущих) СКТ:***

- «Аддиктивные расстройства как заболевания био-психо-социально-духовные»
- «Терапевтическое сообщество»
- «Основы групповой психотерапии»
- «Теория личности Ю.В. Валентика»
- «Метод формирования личностной саморегуляции»
- «Стили поведения (неуверенный, агрессивный, ассертивный)»
- «Эмпатия, язык принятия»
- «Разрешение конфликтов»
- «Характеры»
- «Консультирование»
- «Методика проведения диалога»
- «Мотивационное консультирование»
- «Созависимость»
- «Функциональная и дисфункциональная семья»
- «Негативные родительские предписания, манипуляции»
- «Механизмы психологической защиты и копинг-стратегии».

Важной особенностью программы подготовки организаторов (ведущих) ППСКТ является то, что освоение методик осуществляется через личную проработку вопросов идентификации, самооценки, жизненного сценария, удовлетворения потребностей самих работников клуба, а также через улучшение их коммуникативных навыков. Семинары включают элементы групповой психотерапии. Помимо того, на семинарах уделяется внимание обсуждению трудностей, с которыми сталкиваются работники клубов в своей практической работе.

Осуществляется видеозапись каждого семинарского занятия. Участники семинаров могут просматривать важные для себя моменты снова, что также является технологическим обучающим приемом. Для осуществления дистанционного обучения организаторов (ведущих) ППСКТ создаются видеопособия.

Интервизии

Интервизии проводятся в ППСКТ еженедельно. Интервизии (взаимное видение) – взаимообучение в товарищеской атмосфере. Это и обмен опытом, и возможность выслушать каждого, и возможность научиться квалифицированно задавать вопросы, анализировать ситуацию с разных точек зрения и находить на них оптимальные ответы. На интервизии присутствуют работники ППСКТ. Каждый может представить собственный случай, поделиться своими мыслями и чувствами, получить рекомендации по выходу из сложной ситуации. Процедура интервизии структурирована и проводится согласно *правилам*:

- выбор нового ведущего из числа участников для каждой последующей встречи;
- договоренность о том, кто докладывает, о существе и количестве представляемых случаев для каждой последующей встречи;
- рассказ о случае готовится участником заранее и четко формулируется вопрос, на который хотелось бы получить ответ;
- все участники высказываются по очереди, им предлагается квалифицировать проблему (это проблема работника или участника клуба, или организационная проблема), высказать свое видение ситуации и путей решения заявленной проблемы;
- заканчивается интервизия совместной выработкой общих рекомендаций по сходным ситуациям;
- участник интервизии, предоставивший случай для рассмотрения, сообщает, полезной ли для него была данная интервизия;

- ведущий интервизии предоставляет возможность для «обратной связи» каждому участнику, подводит итоги.

3.4. Взаимодействия и контакты ППСКТ

Варианты контактов ППСКТ:

- Взаимодействие ППСКТ между собой
- Взаимодействие ППСКТ – РПЦ
- Взаимодействие ППСКТ – органы здравоохранения
- Взаимодействие со службами психологической и социальной поддержки и реабилитации
- Взаимодействие с органами государственной власти
- Взаимодействие со средствами массовой информации (СМИ)

и средствами массовой коммуникации (СМК).

В целях обеспечения доступности клубов для всех нуждающихся в помощи клубы широко информируют общественность о своей деятельности.

Как показывает опыт развития подобных клубов за рубежом, клубы могут объединяться в Ассоциацию клубов (АК). АК представляет клубы на общественном уровне, заостряет внимание общества на значимости проблем, связанных с потреблением алкоголя, устанавливает связь и сотрудничает с другими организациями, организует общие собрания клубов, способствует открытию новых клубов, арендует помещения для проведения общих собраний и других мероприятий. АК также существует на добровольных началах.

В России в настоящее время функции АК выполняет специально созданная в 2011 году и официально зарегистрированная общественная организация МОД СКТ («Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости»).

Создание новых СКТ

Клуб может состоять из 2-12 семей. Когда число семей в клубе достигает 12, клуб подлежит делению.

В данной главе описываются вопросы организации ППСКТ и технология проведения клубных встреч. Помимо того, уделяется внимание вопросам подготовки работников клубов и проведения интервизий.

Контрольные вопросы:

- 1. Что собой представляют ППСКТ?*
- 2. Каковы цели и задачи ППСКТ?*
- 3. Что необходимо для осуществления метода ПСКТ?*
- 4. Каковы показания и противопоказания для применения метода ППСКТ?*
- 5. Какова периодичность встреч в ППСКТ?*
- 6. Какие темы включает программа подготовки организаторов (ведущих) ППСКТ?*
- 7. Как проходят интервизии в ППСКТ?*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В то время как растет с каждым днем количество детей, подростков, молодежи, страдающих различными видами зависимостей, система профилактической и реабилитационной помощи этому контингенту и их родственникам недостаточна и развивается медленно. Особенно остро ощущается потребность в работе с семьей и в духовно-развивающей профилактике.

Лечение больного наркологического профиля нельзя считать полноценным, если оно не завершается курсом комплексной реабилитации, обеспечивающим реконструкцию функционирования больного на четырех уровнях – биологическом, психологическом, социальном и духовном.

В сложившихся условиях семейные клубы трезвости вносят неоценимый вклад в оздоровление людей с аддиктивными расстройствами. Их уникальность заключается в одновременном оказании помощи семье в целом, духовно-нравственной направленности, доступности. Деятельность приходских православных семейных клубов трезвости опирается на православные христианские ценности и современные научные концепции, что позволяет говорить о создании новаторской модели профилактики, востребованной в обществе.

Православный приходской семейный клуб трезвости как метод, реализующий в своей деятельности био-психо-социо-духовный подход, может являться стержневым элементом территориальной системы – профилактики и помощи в решении личных и семейных проблем, связанных с применением ПАВ или использованием ПАД, включая такие комплексные проблемы, как алкоголь и другие психоактивные вещества, алкоголизм и (или) другие хронические психосоматические расстройства, алкоголизм и аутодеструктивное поведение, алкоголь и другие факторы риска различных заболеваний.

Таким образом, применение метода ППСКТ, направленного на предупреждение и разрешение проблем, связанных с наличием аддиктивных расстройств, или в широком смысле на позитивное изменение образа жизни семей, может привести к повышению уровня психогигиенической и духовно-нравственной культуры населения и к улучшению качества жизни общества в целом.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

А. - если правильный ответ 1;2;3.

Б. - если правильный ответ 1; 3.

В. - если правильный ответ 2; 4.

Г. - если правильный ответ 4.

Д - если правильный ответ 1;2;3;4.

01. Принципы реабилитации в сфере наркологии:

- 1) Добровольность
- 2) Системность
- 3) Дифференцированность
- 4) Отказ от употребления психоактивных веществ

02. Особенности реабилитации в амбулаторных условиях:

- 1) Активная ответственная позиция пациента
- 2) Клиент-центрированный подход
- 3) Огромная роль социального компонента реабилитации
- 4) Взаимодействие в атмосфере доверия, ответственности и безопасности специалистов, пациента и его близкого окружения

03. В каком году был организован первый православный приходской семейный клуб трезвости в России?

- 1) 1964 г.
- 2) 1909 г.
- 3) 1935 г.
- 4) 1992 г.

04. Особенностью метода ППСКТ являются:

- 1) Добровольческая деятельность ведущих

- 2) Регулярные встречи участников
- 3) Совместные занятия зависимых и членов их семей
- 4) Зависимые и их родственники работают в разных группах

05. К зависимостям от психоактивных действий относятся:

1. Зависимость от азартных игр
2. Гаджет-зависимость
3. Зависимость от отношений
4. Трудоголизм

06. На психологическом уровне функционирования пациента факторами, предрасполагающими к возникновению аддиктивных расстройств, являются:

1. Сниженная толерантность к фрустрации
2. Проблемы идентификации
3. Внешний локус контроля
4. Эгоизм

07. Универсальные нормативные личностные статусы – это:

1. Социальные роли
2. Маски
3. Виды деятельности
4. Социокультуральное наполнение содержанием психобиологических образований человека

08. Структурными единицами нормативной сферы личности человека с точки зрения психогенетической теории личности Ю.В. Валентика являются:

1. Личностный статус «Я – телесное»
2. ЛС «Я – ребенок (сын/дочь)»

3. ЛС «Я – мужчина/женщина»

4. ЛС «Я – член групп»

09. ЛС «Я – патологическое» – это:

1. Изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах, возникающие по мере злоупотребления ПАВ

2. Часть личности, ответственная за поддержание аддиктивных расстройств

3. Динамичное личностное новообразование, контрастное по отношению к существующим нормативным ЛС

4. «Я – алкоголик», «Я – наркоман», «Я – курильщик», «Я – игрок»

10. Личностная саморегуляция – это:

1. То же самое, что аутотренинг

2. Сознательный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности

3. Самоконтроль

4. «Внутреннее движение душевных сил, направленное на связывание систем личностных смыслов» (А.Н. Леонтьев)

11. Процесс формирования личностной саморегуляции пациента наркологического профиля складывается из:

1. Разотождествления нормативной и патологической частей личности пациента (разделение самого себя и болезни)

2. Работы с потребностями

3. Работы по формированию и реконструкции нормативных личностных статусов

4. Освоения навыков самовнушения

Инструкция: выберите один наиболее правильный ответ:

12. Реабилитация в наркологии – это:

- А) Система мер, направленная на прерывание запоев или систематического пьянства, потребления психоактивных веществ
- Б) Система мер, направленных на сдерживание прогрессивности зависимости от психоактивных веществ, нивелирование её вредных последствий, предупреждение рецидивов наркологического заболевания
- В) Система мер воздействия на причины и условия развития болезней или на повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам
- Г) Пребывание больного в стационарном реабилитационном центре в течение года
- Д) Восстановление трудоспособности и трудотерапия

13. Цель реабилитационных воздействий в сфере наркологии:

- А) Восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного, позволяющее reintegrироваться (интегрироваться) в общество, на основе отказа от употребления психоактивных веществ
- Б) Предупреждение приобщения к психоактивным веществам и психоактивным действиям и формирование здорового образа жизни
- В) Нормализация биологического, психологического и социального статуса зависимого от психоактивных веществ посредством дезактуализации наркологических расстройств
- Г) Достижение осознания зависимым человеком, что он болен неизлечимым заболеванием
- Д) Обеспечить пожизненное участие больного в группах самопомощи

14. На какую модель зависимости опирается метод ППСКТ:

- А) Психосоциальную
- Б) Биосоциальную

- В) Био-психо-социальную
- Г) Био-психо-социо-духовную
- Д) Психодинамическую

15. Сверхзадача терапевтического сообщества – это:

- А) Полное изменение стиля жизни
- Б) Только воздержание от алкоголя, наркотиков, других аддиктивных агентов
- В) Достижение справедливого устройства общества
- Г) Защита интересов его членов
- Д) Обеспечение участия родственников больного в процессе реабилитации

16. Под дефицитарностью личности, предрасполагающей к формированию аддиктивных расстройств, подразумевается недостаточность или повреждение:

- А) В морально-этической сфере
- Б) В интеллектуальной сфере
- В) На четырех уровнях функционирования человека: биологическом, психологическом, социальном и духовном
- Г) На культурном уровне функционирования человека
- Д) Резидуально-органические повреждения нервной системы

17. Для формирования нормативных личностных статусов необходимо:

- А) Взаимодействие со значимыми другими лицами, приобретение опыта взаимного удовлетворения потребностей человека и его конкретного ЗДЛ
- Б) Наличие полной родительской семьи
- В) Наличие позитивного жизненного сценария
- Г) Отсутствие психотравмирующих ситуаций в анальной фазе психосексуального развития
- Д) Наличие материального благополучия в семье

Инструкция: установите последовательность

18. Стадии аддиктивного процесса:

- 1. Употребление ПАВ или ПАД.
- 2. Зависимость от ПАВ или ПАД.
- 3. Наличие факторов риска.
- 4. Злоупотребление ПАВ или ПАД.
- 5. Психологическая декомпенсация.

Ответы на тесты

01. (Д)

02. (Д)

03. (Г)

04. (А)

05. (Д)

06. (А)

07. (Г)

08. (Д)

09. (Д)

10. (В)

11. (А)

12. (Б)

13. (А)

14. (Г)

15. (А)

16. (В)

17. (А)

18. (3, 5, 1, 4, 2)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Метод формирования личностной саморегуляции [17]

Очень важно обеспечить условия для создания внутренних факторов контроля поведения – факторов саморегуляции, которые будут продолжать действовать после выписки пациента из лечебно-реабилитационного учреждения. Особое значение приобретает формирование личностной саморегуляции в амбулаторных реабилитационных программах, где большую часть времени пациент проводит вне учреждения, в привычных для него условиях.

Для достижения стойких нормативных изменений в поведении пациента, злоупотребляющего ПАВ, нами был разработан практический метод формирования личностной саморегуляции. В качестве концептуальной основы метода послужила психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика.

Личностная саморегуляция – это сознательный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности. Установки, смыслы и ценности личности рассматриваются как внутренние факторы контроля поведения человека.

Человек, страдающий зависимостью от ПАВ или ПАД, может осуществлять контроль над собственным поведением и противостоять патологическому влечению при наличии у него здоровых ценностей, смыслов, установок, то есть при условии полноценного развития у него универсальных нормативных структур – нормативных личностных статусов.

Универсальные нормативные ЛС человека, страдающего наркозависимостью, недоразвиты и (или) сильно искажены. Соответственно, потребности каждого ЛС фрустрируются (подавляются). Для совладания с потребностным напряжением зависимым человеком используются дест-

руктивные, патологические способы поведения – употребление ПАВ, совершение ПАД.

Нормативные установки, смыслы и ценности, регулирующие способы удовлетворения потребностей, у больного наркологического профиля необходимо выработать, используя методы психотерапии, и закрепить приобретением личного практического опыта в процессе лечения и реабилитации.

Например, в статусе «Я – ребенок» нормативными установками являются: «я – хороший», «я достоин любви и уважения», «я смогу многому научиться», «я способен делать что-либо по-своему, уникально, творчески», «родительские указания чаще продиктованы заботой обо мне и беспокойством за мою жизнь», «забота о родителях – это часть моей жизни»; нормативными ценностями – отношения с родителями, здоровье и благополучие родителей, возможность развивать свои способности; нормативными смыслами являются: создание чего-либо творчески, в соответствии со своей индивидуальностью, принятие своей семейной ситуации с пониманием причин несовершенств и прощением родительских ошибок.

Процесс формирования личностной саморегуляции складывается из четырех направлений: разотождествления нормативной и патологической частей личности пациента (разделение самого себя и болезни), работы с потребностями, работы по формированию и реконструкции нормативных личностных статусов и работы с родственниками по преодолению их собственного «Я – патологического» – «Я – созависимого».

Для разотождествления «Я – нормативного» и «Я – патологического», а также для работы с потребностями нами были разработаны соответствующие методики.

Разработанная методика разотождествления нормативной и патологической частей личности представляет собой освоение с пациентом концепции болезни и совладания с ней на основе психогенетической теории личности, а также научение наркологического больного навыкам переключо-

чения из «Я – патологического» в «Я – нормативное» и удержания себя в нормативных ЛС. Помимо того, переключению статусов обучаются родственники пациентов и закрепляют эти навыки в тренинге.

Методика работы с потребностями содержит последовательную систему воздействий, направленных на осознание пациентом своих универсальных человеческих потребностей и приобретение навыков их удовлетворения конструктивными способами. Помимо того, методика включает анализ привычных для пациента патологических способов снятия потребностного напряжения от нераспознанных и неудовлетворенных потребностей (употребление ПАВ, использование ПАД и другие разрушающие действия) и приобретение конструктивных навыков снятия потребностного напряжения.

Работа по формированию и реконструкции нормативных личностных статусов пациента проводится исходя из потребностей каждого ЛС, с применением соответствующих методов психотерапии. Наиболее дефицитные ЛС определяются через обнаружение фрустрированных универсальных потребностей в клинической беседе. Затем проводится работа с их содержимым. Для работы с убеждениями и отработки поведенческих навыков используются методы когнитивно-поведенческой психотерапии; для формирования установок – методы суггестивной психотерапии; для работы с ценностями и смыслами – подходы экзистенциальной психотерапии; для проработки бессознательных представлений – методы психодинамического направления психотерапии. Специально разработанные стратегии позволяют концептуализировать воздействия на пациента в каждый момент времени в процессе реабилитации.

Чтобы нормативные изменения в поведении выработались и надежно закрепились, необходим опыт. Такой опыт пациент может получить в достаточно короткие сроки (несколько месяцев) в условиях ТС. Поскольку каждый ЛС развивается (наполняется необходимым содержанием) по мере приобретения опыта взаимного удовлетворения потребностей человека и

его конкретного значимого другого лица (ЗДЛ), то в реабилитационной программе необходимо создать модель семьи и общества, чтобы на время реабилитации пациента окружали нормативные личности, принявшие на себя роль ЗДЛ. Для этого подходит традиционно используемая во всем мире модель терапевтического сообщества со специально созданной реабилитационной средой (РС). Опыт взаимодействия пациента с членами ТС, принявшими на себя роль ЗДЛ (специалистами, «инструкторами» из числа выздоравливающих), позволяет достичь корректировки ЛС или воссоздать нормативные ЛС пациента, страдающего аддиктивными расстройствами. Благодаря использованию персоналом реабилитационной программы, выполняющим роль ЗДЛ, профессиональных подходов из области психологии, психотерапии, педагогики, социальной работы процесс становления зрелой личности, который в условиях реальной жизни занимает годы, сокращается до нескольких месяцев. Необходимо отметить, что для выполнения роли ЗДЛ собственные ЛС сотрудников программы должны быть гармонично развиты.

Метод формирования личностной саморегуляции поведения в силу того, что он подразумевает работу с универсальными человеческими потребностями, может применяться у различных категорий больных наркологического профиля. Ограничениями к применению метода являются низкий интеллект, острые состояния, отсутствие достаточного количества времени для психотерапевтической работы (менее месяца) и нежелание пациента применять этот метод.

Сформированная на основе нормативных установок, целей, смыслов и ценностей личностная саморегуляция поведения является надежным и естественным для человека способом жизни, сохранения трезвости как личной свободы для самоактуализации и воплощения жизненных планов.

Методика разотождествления нормативной и патологической частей личности

Часто терапевт (врач-психиатр-нарколог или врач-психотерапевт), работая с пациентом, зависимым от ПАВ, сталкивается с его пассивной и безответственной позицией по отношению к своей болезни.

Из-за восприятия болезни как неотъемлемой части себя собственные психологические ресурсы пациента, зависимого от ПАВ, оказываются блокированными, не доступными для сопротивления патологическому процессу. Ответственность за выздоровление и срывы ремиссии возлагается на внешние факторы.

Таким образом, возникает необходимость включать в лечение и реабилитацию технологии преодоления отождествления нормативной личности пациента, зависимого от ПАВ, и болезненного новообразования – «Я – патологического». Этот вопрос также важно прорабатывать с родственниками, чтобы привлечь к процессу выздоровления ресурс семьи.

Простую и доступную для пациента концепцию зависимости и совладания с ней удастся донести до больного, зависимого от ПАВ, и его родственников, опираясь на психогенетическую теорию личности Ю.В. Валентика. Психологический компонент зависимости, в рамках этой теории, рассматривается как новообразование в личности, отвечающее за поддержание болезни.

Изучение психологической концепции зависимости наркологическими пациентами может производиться во время сеансов индивидуальной или групповой психотерапии. Для наглядности на доске или листе бумаги изображаются четыре круга, которые символизируют нормативную личность, появление патологической личности как новообразования, развитие зависимости как «захват территории» нормативной личности «Я – патологическим» и картину выздоровления или длительной ремиссии (рис. 4).

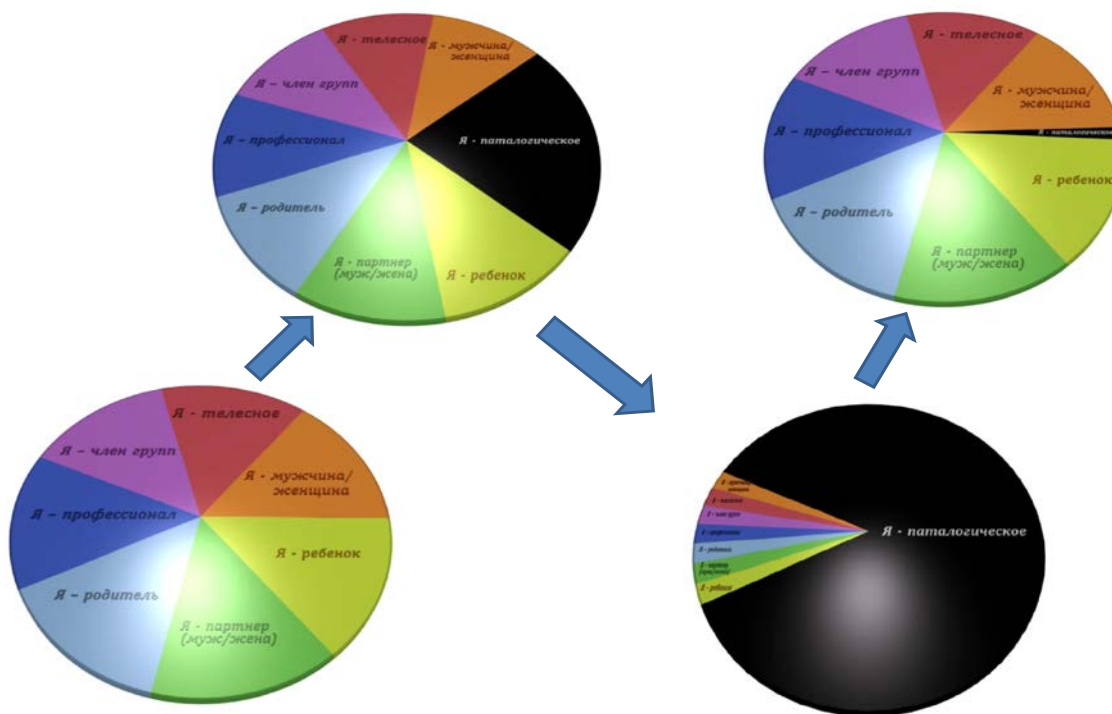


Рис. 4. Графическое изображение нормативной личности, развития зависимости и совладания с ней

Необходимо подчеркнуть, что «Я – патологическое» только маскируется под истинное «Я» человека, но им не является. Это «псевдо – я». Как правило, пациент воспринимает это чужеродное новообразование как часть самого себя и по этой причине не сопротивляется болезни, идет у нее на поводу. Этот факт объясняется пребыванием пациента в «Я – патологическом», когда он принимает решения и действует, опираясь на патологические установки, ценности, смыслы.

Для совладания с зависимостью и возвращения к трезвой жизни пациенту необходимо:

- Научиться распознавать и отделять от себя «Я – патологическое» на уровне чувств, мыслей, действий; отказаться от сотрудничества с ним.
- Изучить проявления «Я – патологического» как чужеродного паразитического новообразования – его цели, потребности.

- Развивать нормативные личностные статусы (установки, ценности, смыслы).
- Не быть в «Я – патологическом», научиться переключаться (помнить о своих нормативных целях, ценностях, потребностях).

Потребности «Я – патологического»:

- в использовании аддиктивного агента (того или иного ПАВ);
- в общении со специфическими ЗДЛ, с которыми происходит злоупотребление;
- в обеспечении условий для прогрессирования болезни.

Алгоритм разотождествления нормативной и патологической частей личности:

- Изучить с пациентом структуру нормативной личности.
- Изучить механизмы развития зависимости как чужеродного паразитарного личностного новообразования.
- Сформировать эмоционально-негативное отношение к зависимости («Я – патологическому»), работая с образами и ассоциациями.
- Помочь пациенту в осознании возможности жить свободно (без употребления ПАВ), используя экзистенциальный «отрезок жизни»;
- Выработать у пациента навык переключения себя из патологического в нормативные ЛС, а также навык длительного пребывания в них.
- Помочь родственникам пациента разделить проявления нормативной и патологической личности пациента.
- Обучить родственников навыкам переключения пациента из патологического в нормативные ЛС.

Начинается процесс преодоления отождествления пациента с его патологическим статусом с графического изображения «Я – патологического» как контрастного нормативным статусам, конкурентного образования.

Далее пациенту предлагается подобрать ассоциацию для «Я – патологического», в которой бы отражалось его эмоциональное отношение к зависимости.

Затем пациенту предлагается вспомнить свой опыт жизни без зависимости, без «Я – патологического», до того как зависимость встроилась в обмен веществ, в личность и вплелась в жизненные планы. Нами для этого используется изображение жизненного отрезка с пометкой начала заболевания и настоящего момента, который может служить моментом принятия решения об отказе от употребления ПАВ. «Какое-то время своей жизни вы жили без зависимости», «Вы и болезнь – не одно и то же», «Вы можете прекратить употребление ПАВ и участие зависимости в ваших делах и планах», «Вам не обязательно употреблять ПАВ и идти на поводу у своей болезни».

Методика работы с потребностями

На наш взгляд, одним из факторов, предрасполагающих к возникновению зависимостей, является то, что потребности каждого ЛС подавляются. У человека, предрасположенного к формированию аддиктивных форм поведения, отсутствуют или слабо развиты навыки удовлетворения потребностей конструктивными способами, без разрушения. Неудовлетворение, фрустрация потребностей приводят к тому, что человек постоянно испытывает потребностное напряжение. В этом случае для совладания с потребностным напряжением человеком используются деструктивные, патологические способы – употребление ПАВ, совершение ПАД, ведь на первый взгляд они кажутся наименее энергозатратными – «так проще».

При работе с потребностями необходимо учитывать, что они могут являться осознанными или неосознанными. Причины дискомфорта от нарушения физиологического и психологического гомеостаза не всегда ясно понимаются и осознаются. Помимо того, для зависимых пациентов, как правило, характерна алекситимия – неспособность вербально выразить свои чувства. Таким образом, даже если угнетенная потребность и осознается как дискомфортное состояние, то не может быть сформулирована, облечена в слова. Исходя из этого, *работа с потребностями включает несколько последовательных шагов:*

- изучение универсальных человеческих потребностей;
- обнаружение фрустрированных потребностей;
- осознание неосознанных фрустрированных потребностей;
- формулирование потребностей, требующих удовлетворения;
- проработка потребностей, требующих удовлетворения.

Осознанные фрустрированные потребности могут быть обнаружены в клинической беседе. Этому способствуют такие вопросы, как: «В чем вы особенно нуждаетесь в данный период вашей жизни?», «Чего вам не хватает в жизни, чтобы почувствовать себя удовлетворенным?», «Чего вы хотите в данный момент вашей жизни?».

Осознание неосознанных фрустрированных потребностей и их формулирование производятся во время индивидуальных и групповых сеансов психотерапии с использованием методов психодинамической психотерапии (арт-терапии, психодрамы, символдрамы). Помимо того, необходимо проведение специальных семинаров, посвященных изучению универсальных человеческих потребностей по А. Маслоу (физиологические потребности, потребность в безопасности, потребность в любви и принятии, потребность в уважении, потребность в самоактуализации) и Ю.В. Валентику (ранее перечисленные потребности в соответствии с каждым ЛС). На семинаре с пациентами обсуждаются индикаторы неудовлетворенных потребностей – чувства, передающие информацию о нарушении удовлетворения той или иной потребности. Так, о фрустрированных физиологических потребностях говорят чувства голода, жажды, усталости; о фрустрированной потребности в безопасности – чувство страха, тревоги; о неудовлетворенной потребности в любви сообщает чувство тоски и одиночества; в уважении – злость, досада, раздражение, обида; в самоактуализации – чувство скуки, пустоты и бессмысленности. В завершение семинара пациентам предлагается субъективно по 10-балльной шкале оценить, как у них удовлетворяются универсальные человеческие потребности. Для

этого используется классификация А. Маслоу («пирамида потребностей») и специальный бланк (табл. 2).

Таблица 2

Бланк субъективной оценки удовлетворения универсальных человеческих потребностей (по классификации А. Маслоу)

Универсальные человеческие потребности	Чувство-индикатор неудовлетворенной потребности	Субъективная оценка степени удовлетворения потребности (в баллах от 1 до 10)
В самоактуализации	Скука, чувство пустоты, бессмысленности	
В уважении	Злость, раздражение, досада, обида	
В любви	Тоска, печаль, одиночество	
В безопасности	Страх, тревога, беспокойство	
Физиологические (в пище, в воде, в отдыхе)	Голод, жажда, усталость, ...	

Таким образом, на индивидуальных, групповых сеансах и во время семинаров намечаются «мишени» для терапии.

Проработка фрустрированных потребностей производится в определенной последовательности:

1. Для каждой выявленной потребности подбираются возможные конструктивные, социально-одобряемые способы удовлетворения. Для этого используется личный опыт пациента и терапевта во время сеансов индивидуальной психотерапии. Можно осуществлять этот процесс в усло-

виях психотерапевтической группы, тогда в технике мозгового штурма привлекается потенциал группы, т.е. личный опыт ее участников.

2. Из всех подобранных вариантов удовлетворения конкретной потребности пациент выбирает один или несколько способов, которые подходят именно ему в его ситуации.

3. Далее пациент работает над удовлетворением собственной потребности выбранным способом (или способами), а терапевт сопровождает его на этом пути.

4. Обязательно подведение итогов, анализ результатов и, при необходимости, коррекция стратегий. Это осуществляется во время сеансов индивидуальной психотерапии.

Если удовлетворение той или иной потребности в силу каких-то причин невозможно, то пациент обучается конструктивным способам разрядки потребностного напряжения, осваивает копинг-стратегии. К таким способам относятся смех, плач, исповедь или искреннее доверительное общение, любые виды нормативной активности (спорт, прогулки, бытовые дела, увлечения), а также творчество.

Новые конструктивные поведенческие паттерны отрабатываются в тренингах и закрепляются приобретением практического опыта в условиях ТС или реальной жизни. В реабилитационных программах для этого применяются методы и приемы психодинамической, когнитивно-поведенческой, экзистенциальной психотерапии, традиционные психокоррекционные и воспитательные воздействия.

Помимо того, с пациентом проводится работа по осознанию им деструктивных способов удовлетворения потребностей, используемых ранее, и анализируются пагубные последствия, к которым они приводили.

Работа по формированию и реконструкции нормативных личностных статусов

Работа с потребностями каждого ЛС имеет свои особенности. Обобщенно нами были определены конкретные стратегии, направленные на корректировку и воссоздание нормативных личностных статусов в условиях ТС. Примером такой работы может послужить формирование личностной саморегуляции в амбулаторной реабилитационной программе для лиц с аддиктивными расстройствами.

На развитие ЛС «Я – ребенок», осознание и удовлетворение потребностей этого статуса нормативными способами в реабилитационной программе направлен ряд усилий (табл. 3).

Таблица 3

Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение потребностей ЛС «Я – ребенок»

Потребность	Используемые стратегии
в безопасности	- существование правил, обеспечивающих безопасность;
быть желанным	- создание атмосферы принятия, - в обратной связи – акцент на достоинствах и положительных качествах;
в учебе и развитии	- когнитивная психотерапия в форме семинаров, тренингов, групп, - экзистенциальная психотерапия;
в творчестве	- психотерапия духовной культурой (ТТС М.Е. Бурно, арт-терапия, терапия путешествиями, психотерапевтические праздники);

в первичной аутоидентификации	- психодинамическая психотерапия, - групповая психотерапия (ролевые игры, обратная связь, формирование «Я – концепции»), - освоение роли «новичка» в реабилитационной программе;
в демонстрации достижений и соответствии родительским указаниям	- взаимодействие со специалистами программы, выступающими в роли родителей; - поведенческая терапия система поощрений-заданий;
в благодарности и заботе о родителях	- семейная психотерапия, - подготовка и проведение специальных мероприятий для родителей и персонала программы.

Как правило, у пациентов, злоупотребляющих ПАВ и ПАД, в ЛС «Я – ребенок» фрустрирована потребность в безопасности, в безусловной любви и принятии (быть желанным), а также в первичной аутоидентификации.

В реабилитационной программе потребность в безопасности участников удовлетворяется благодаря существованию определенных *правил*:

- конфиденциальность (тайны участников не разглашаются никому, включая родителей);
- непричинение физического и морального вреда (запрещено рукоприкладство, унижения, оскорбления);
- запрещено использовать ненормативную лексику;
- правила едины для всех участников и персонала программы;
- за нарушение правил предусматривается развивающее задание.

Удовлетворение потребности быть желанным у участников программы достигается созданием атмосферы принятия пациента таким, какой он есть. Используется позиция – «Я – хороший и ты – хороший!». Обязательно замечается и подчеркивается любое достижение, любой успех,

старания в освоении нормативного стиля жизни. Персонал программы, подобно родителям в нормативной семье, радуется за участника, гордится им и проявляет свои чувства вербально и невербально (допускаются рукопожатия, объятия). В случае, если участник ведет себя ненормативным образом, осуждается его поведение, а не он сам. В групповой работе используется техника «теплого стула», когда другие участники искренне говорят человеку, сидящему на «теплом стуле», обо всем хорошем, что они заметили в общении с ним. Также используется упражнение – «Хорошо, что ты есть!», когда каждый участник группы по кругу говорит своему соседу: «Хорошо, что ты есть!»

В общении специалистов реабилитационной программы и участников используется «язык принятия».

Составляющие «языка принятия»:

- оценка поступка, а не личности;
- похвала, комплимент, ласковые слова;
- поддержка;
- выражение заинтересованности;
- сравнение с самим собой;
- одобрение, согласие;
- позитивные телесные контакты;
- улыбка;
- контакт глаз;
- доброжелательные интонации;
- эмоциональное присоединение, сочувствие;
- поощрения;
- выражение своих чувств;
- отражение чувств пациента.

Недопустимым для специалистов реабилитационной программы является использование следующих действий, которые можно обозначить как «язык неприятия»:

- отказ от объяснений;
- негативная оценка личности пациента;
- сравнения не в лучшую сторону;
- указание на несоответствие ожиданиям родительских фигур;
- игнорирование;
- команды, приказы;
- подчеркивание неудач;
- оскорбления;
- угрозы;
- наказания;
- «жесткая» мимика;
- угрожающие позы;
- враждебные интонации.

Индивидуально осознание бессознательных представлений о самом себе происходит во время сеансов психодинамической психотерапии.

Потребность в первичной аутоидентификации в групповой психотерапии прорабатывается методом психодрамы. Проигрываются ситуации, связанные с детскими психотравмами, которые бессознательно могли повлиять на формирование негативных представлений о самом себе.

Работа по созданию позитивной «Я – концепции» осуществляется также посредством работы с установками методами когнитивной психотерапии. На уровне сознания представления о самом себе вырабатываются при выполнении упражнения «Кто я?», когда участникам группы предлагается по кругу дать десять ответов на этот вопрос. Помимо того, используется ресурс группы – различные упражнения, которые направлены на за-

полнение той части «окна Джо – Гарри», где содержатся качества, очевидные для других, но не известные самому пациенту.

Очень важно сформировать у пациента позитивный жизненный сценарий, что достигается использованием методов транзактного анализа.

«Я – телесное» – это наиболее функционирующий статус зависимого от ПАВ человека. Возможно, в силу часто испытываемого дискомфорта, нездоровья во время синдрома отмены. Этот факт объясняет то, что легче всего наладить психотерапевтический контакт с таким пациентом во время клинической беседы, если с искренней заинтересованностью расспросить, как он себя чувствует. Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение потребностей ЛС «Я – телесное», представлены в табл. 4.

Таблица 4

Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение потребностей ЛС «Я – телесное»

Потребность	Используемые стратегии
Стремление к телесным удовольствиям и комфорту	<ul style="list-style-type: none"> - фармакотерапия, физиотерапия, фитотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, - расширение «зоны комфорта» за счет тренировки выносливости в походах, путешествиях, во время жизни в палаточном лагере, - закаливание, спорт (лыжи, футбол, плавание), занятия танцами;
Создание условий для оптимального функционирования своего организма	<ul style="list-style-type: none"> - обучение навыкам ведения здорового образа жизни, - тренинг ведения здорового образа жизни во время путешествий и в палаточном лагере (рациональное питание, режим дня, труда и отдыха, личная гигиена, физкультура);
Обеспечение	- осознание форм саморазрушающего поведения и их

самосохранения	последствий, - обучение способам самопомощи в случаях травм и заболеваний, навыкам безопасной жизнедеятельности, - экзистенциальное осмысление любви к себе самому.
----------------	---

Для развития статуса «Я – мужчина/женщина» в качестве образцов для подражания важны ролевые модели сотрудников (их манера одеваться, вести себя в тех или иных ситуациях). Научиться проявлять себя в статусе мужчины или женщины участникам реабилитационной программы помогает проигрывание соответствующих ролей в спектаклях психотерапевтического театра.

Освоение полоролевых поведенческих навыков осуществляется в тренингах (ролевые игры) и таких видах деятельности, как исполнение различных мужских или женских функций в повседневной жизни реабилитационной программы, в лагере, в путешествиях.

Сексуальные отношения в реабилитационных программах традиционно запрещены, но, по сути, проводится подготовка к ним: специальные беседы и семинары, библиотерапия, знакомство с произведениями искусства (живопись, скульптура, музыка, просмотр театральных спектаклей, кинофильмов), танцевальная терапия. Таким образом, происходит воспитание культуры отношений через переживание художественных произведений, наполнение представлений об отношениях между мужчиной и женщиной человеческими ценностями и смыслами. Проработка проблемы отношений «мужчина – женщина» осуществляется с экзистенциальных позиций (таинство встречи, вопросы свободы и ответственности, одиночество, любовь). Осознанию и удовлетворению потребностей статуса «Я – мужчина/женщина» способствует взаимодействие с людьми противоположного пола в психотерапевтической группе. Приобретению навыков заботы о себе и своем здоровье, психологических знаний как базы для соз-

дания семьи и рождения детей способствуют также методы когнитивно-поведенческой психотерапии (табл. 5).

Таблица 5

**Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение
потребностей ЛС «Я – мужчина/женщина»**

Потребность	Используемые стратегии
во вторичной идентификации	<ul style="list-style-type: none"> - сотрудники как ролевые модели, - освоение полоролевых поведенческих навыков в тренингах, - специфика трудовой занятости в реабилитационной программе, - психотерапевтические праздники, - проигрывание ролей в психотерапевтическом театре;
во взаимопонимании и установлении зрелых отношений с людьми противоположного пола	<ul style="list-style-type: none"> - взаимодействие с людьми противоположного пола в групповой психотерапии, - ролевые игры в тренингах, - психотерапия духовной культурой (воспитание культуры отношений через переживание художественных произведений), - экзистенциальная психотерапия (проработка проблем одиночество, любовь, встреча, ответственность, свобода);
в сексуальных отношениях	<ul style="list-style-type: none"> - запрет на секс в реабилитационной программе и подготовка к сексуальным отношениям в будущем (специальные лекции и семинары, обсуждение сексуальных проблем в процессе индивидуальной психотерапии, - экзистенциальная психотерапия (наполнение представлений о сексуальных отношениях человеческими ценностями и смыслами), - библиотерапия, театр, кино клуб, знакомство с произведе-

	ниями искусства (живопись, скульптура, музыка), - занятия танцами;
в обеспечении условий для рож- дения детей	- навыки, заботы о себе и окружающих, своем здоровье, - занятия по планированию семьи, знания о ведении се- мейного бюджета, - психологические знания о семейной жизни (правила по- ведения в конфликтных ситуациях, изучение характероло- гии), - подготовка к созданию материальной базы.

Воспитание в области пола должно повлиять на формирование полноценной нормативной личности, привести к ее гармоничной самореализации, удовлетворению и созданию добрых человеческих взаимоотношений между людьми. Выделяются следующие семь целей сексуального воспитания:

- борьба с отчуждением и увеличение понимания,
- уменьшение чувства вины и страхов,
- формирование соответственного поведения,
- борьба с сексуальной эксплуатацией,
- формирование навыков принятия сознательных решений,
- облегчение взаимопонимания в вопросах пола,
- развитие образовательных программ для будущих родителей.

Пропаганда самоуважения и уважения других в межчеловеческих взаимоотношениях – приоритетная цель сексуального воспитания.

Успешность специалиста зависит от способности установить искренний, доверительный контакт с молодежью. Самое главное, гармонично ощущать собственную сексуальную природу для того, чтобы быть в состоянии открыто разговаривать о вопросах пола, о контактах между мужчиной и женщиной, о сексуальном поведении.

Необходимо принимать во внимание возрастные потребности несовершеннолетних и молодежи, а также ориентироваться в огромном количестве «неофициальной», дополнительной информации, связанной с вопросами пола, осознавать влияние сверстников, родителей, кумиров – представляющих желанный образец для подражания. Для создания атмосферы открытого обсуждения в групповой терапии сексуальных вопросов можно использовать следующие упражнения:

- высказывание ассоциаций на тему сексуального воспитания;
- самоанализ: мое сексуальное воспитание;
- «эксперты» – «ученики»: вопросы – ответы о сексуальном воспитании.

Работа с потребностями статуса «Я – партнер (муж/жена)» по сути продолжает развивать поведенческие навыки предыдущего статуса. Способы удовлетворения потребностей в особых близких отношениях, доверии; сотрудничестве и разделении ответственности; потребности в заботе о семье прорабатываются через обсуждение этих проблем, функционирование в условиях терапевтического сообщества с постепенным увеличением ответственности во взаимодействии с другими участниками реабилитационной программы (табл. 6).

Таблица 6

Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение потребностей ЛС «Я – партнер (муж/жена)»

Потребность	Используемые стратегии
в особых близких отношениях, доверии	<ul style="list-style-type: none"> - психотерапевтические взаимоотношения внутри ТС, - транзактный анализ, - групповая психотерапия, - экзистенциальная психотерапия в индивидуальной и групповой формах, - отработка навыков проявления своих чувств, оказания знаков внимания (специальные тренинги, празд-

	ники);
в сотрудничестве и разделении ответственности	- функционирование в условиях ТС с постепенным увеличением ответственности, - взаимодействие с другими участниками реабилитационной программы, - осваивание навыков «работы по дому», в условиях жизни в летнем лагере, в походах и путешествиях;
в заботе о семье	- соблюдение правил безопасности и контроль за соблюдением этих правил, - взаимодействие с участниками программы разного возраста, забота о них;
в специальных знаниях о семье	- семинары по психологии мужчины и женщины, семейных отношений, планированию семьи, - тренинги с использованием ролевых игр, киноклуб, библиотерапия.

Потребности статуса «Я – родитель» отрабатываются в исполнении таких функций реабилитационной программы, как «охранник», «спутник», «инструктор». На развитие этого статуса в реабилитационной программе направлен ряд стратегий (табл. 7).

Таблица 7

Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение потребностей ЛС «Я – родитель (отец/мать)»

Потребность	Используемые стратегии
в контактах с детьми, их благополучии, успехах, благодарности	- осознание этой потребности и освоение навыков проявления благодарности родителям и родительским фигурам в реабилитационной программе;
в совместной дея-	- взаимодействие с более младшими участниками про-

тельности, обуче- нии и передаче опыта	граммы (повседневная деятельность, творчество, спорт) – исполнение функций «инструктора» (участие в профилак- тических мероприятиях для детей и подростков, разработ- ке этих мероприятий, листовок);
защищать и забо- титься	- исполнение функций «охранника», «спутника», «опеку- на» в реабилитационной программе.

Для развития ЛС «Я – профессионал» в реабилитационной програм-
ме существует большое количество разнообразных видов деятельности,
чтобы реабилитант мог «попробовать себя», обнаружить и раскрыть свои
способности. Деятельность, как правило, должна быть направлена на дос-
тижение конкретного результата.

Важным условием являются ритуалы поощрения, выражения одоб-
рения и уважения членов терапевтического сообщества по достижении па-
циентом результатов. Иногда в реабилитационной программе пациент
впервые осознает, что не только плоды труда, но и сам процесс способен
доставить ему огромное наслаждение (табл. 8).

Таблица 8

**Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение
потребностей ЛС «Я – профессионал»**

Потребность	Используемые стратегии
в самореализации и успехах в из- бранной деятель- ности	- профориентационное консультирование психологом и специалистом по социальной работе, - освоение различных видов занятости в реабилита- ционной программе, - система поощрений;
в обмене результа- тами труда и при- знании окружаю-	- организация и разделение труда в условиях реабили- тационной программы (взаимообмен результатами труда),

щих	- ритуалы проявления одобрения и уважения членами ТС по окончании работы;
в социальной вос- требованности (внесении своего вклада в функцио- нирование социу- ма)	- трудотерапия в программе (в летнем лагере, во время путешествий и т.д.), - участие в организации и проведении профилактических мероприятий (в школах, детских домах), - работа со СМИ, - создание и показ профилактических спектаклей, участие в организации и проведении городских праздников).

Потребности ЛС «Я – член групп» очень актуальны для подростков, что проявляется в присущей этому возрасту «реакции группирования». Принадлежность к той или иной группе в подростковом возрасте помогает преодолеть проблему экзистенциального одиночества. В реабилитационной программе у пациента есть возможность почувствовать себя принадлежащим к общей группе, коллективу участников программы, объединенных единой целью прекращения использования аддиктивного агента и способами ее достижения. В группе реабилитантов формируются ценности, установки и смыслы абстинентной жизни, передается опыт традиций здорового образа жизни (табл. 9).

Таблица 9

**Стратегии, направленные на осознание и удовлетворение
потребностей ЛС «Я – член групп»**

Потребность	Используемые стратегии
в принадлежности определенному сообществу (этносу, культуре,	- позиционирование ТС реабилитационной программы как группы, коллектива, имеющего свою философию, культуру, нормы, традиции, - участие в разработке правил, символики программы, на-

конфессии и т.д.)	<p>писании гимна, создание художественных произведений (рисунков, стихов, фотографий, пьес и др.) на тему жизни в программе,</p> <ul style="list-style-type: none"> - представление программы во время волонтерской профилактической работы в других учреждениях, - изучение индивидуально и в групповых мероприятиях духовного наследия, культурных традиций своего народа (обращение к литературе, просмотр фильмов, посещение музеев и выставок, экскурсии и т.д.);
в соответствии нормам, принятым в данной группе	<ul style="list-style-type: none"> - контроль за соблюдением правил реабилитационной программы,
в общении с единомышленниками	<ul style="list-style-type: none"> - групповая терапия, групповые психокоррекционные мероприятия программы, - общение с другими пациентами, находящимися на разных этапах выздоровления, в том числе организация встреч с выпускниками программы,
в сохранении и передаче группового опыта и традиций	<ul style="list-style-type: none"> - ознакомление «новичков» «ветеранами» программы с нормами и правилами ТС, - обеспечение преемственности традиций в программе, - создание архивов («летописей», фото- и видеоархивов) и ознакомление с ними «новичков».

Необходимо отметить, что речь идет о развитии нормативного статуса. Именно поэтому в процессе развития статуса «Я – член групп» в реабилитационной программе следует подчеркивать равноценность этносов и конфессий.

«Я – духовное» – это универсальный надличностный статус человека, пребывание в котором сопряжено с ключевыми нравственными, смысловыми переживаниями.

Потребности статуса «Я – духовное»:

- в развитии;
- в поисках смысла;
- осмысление мироустройства (мироздания) и своего места в мире;
- поиски ответов на экзистенциальные вопросы (о любви, одиночестве, выборе, смерти, ответственности);
- в самотрансценденции (выход за рамки себя, самоотдача, альтруизм);
- во взаимосвязи с высшей силой (Богом);
- в уединении и тишине;
- в красоте и гармонии;
- в самосовершенствовании;
- в благодарности.

Поскольку в конкретный момент времени может быть актуализирован только один статус с его установками, ценностями, смыслами и поведенческими стереотипами, то пребывание в «Я – духовном» исключает на какое-то время доступ личности к патологическим структурам. Работа с потребностями статуса «Я – духовное» обеспечивает возможность саморегуляции поведения через систему духовных смыслов, ценностей и убеждений. Поэтому в комплексной реабилитации лиц, страдающих аддиктивными расстройствами, помимо медицинского, психотерапевтического, социотерапевтического, воспитательного, средового и образовательного компонентов, необходим еще один компонент, направленный на развитие статуса «Я – духовное».

Духовный компонент реабилитационной программы реализуется через:

- психотерапию духовной культурой – библиотерапию, музыкотерапию, арт-терапию;

- экзистенциальную психотерапию;
- знакомство с духовными ценностями человечества (культурными, философскими, религиозными);
- путешествия;
- бескорыстное участие в общественно полезной деятельности (забота о детдомовцах, больных, стариках, устройство праздников здорового образа жизни для молодежи и др.).

Таким образом, педагогические и психотерапевтические приемы, помогающие воссоздать нормативные личностные статусы, разнообразны и вплетены в повседневную жизнь терапевтического сообщества.

Формирование личностной саморегуляции у пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами, обеспечивает стойкие нормативные изменения в их поведении, что позволяет достичь длительной и качественной ремиссии, возвращения к полноценной жизни в обществе.

Инструкция для ведущих СКТ

Составлена в 1994 г. в Информационно-исследовательском центре по проблемам, обусловленным потреблением алкоголя (г. Тренто, Италия, директор – профессор Ренцо Де Стефани).

Перевод с итальянского Галины Григорьевны Лебедевой

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СКТ

1. СКТ – это сообщество семей, имеющих проблемы, связанные с потреблением алкоголя и (или) других психоактивных веществ, добровольно объединившихся для обсуждения практических вопросов и способов их решения с целью поддержания своих усилий на пути к трезвому образу жизни и духовно-нравственному становлению. Также членами клуба являются: организатор СКТ и лица, которые могут заменить семью одинокому алкоголику.

2. Клуб – это многосемейное сообщество. Семьи являются частью общества, в котором клуб находится. Клуб отражает то общество, частью которого он является. Клуб – не закрытое сообщество, не секретная организация, не секта. Клуб – это открытая дверь для семей, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Его члены не скрывают своей принадлежности к Клубу.

3. Клуб – это один из способов поддержки, ядро территориальной сети программ укрепления и охраны здоровья, особенно в той их части, которая касается проблем, связанных с алкоголем.

4. Клуб призывает все семьи к воздержанию от употребления алкоголя, однако его основным принципом является побуждение семей к изменению стиля (образа) жизни. Бросить пить не трудно, изменить образ жизни значительно сложнее. Бросить пить, но не изменить образ жизни еще недостаточно. Изменения не осуществляются сами по себе в Клубе, только из-за того, что человек посещает Клуб. Клуб способен пробудить процесс, который должен найти свое выражение в повседневной жизни в семье, на

работе и в обществе.

5. Трудно найти семью, в которой бы проблемы, связанные с употреблением алкоголя, были бы единственными, в «чистом виде». Почти всегда проблемы в семьях тесно переплетаются и смешаны. Это дало повод выдвинуть концепцию многофакторности семейных страданий. Это означает, что Клуб открыт для семей, в которых наряду с проблемами, связанными с алкоголем, есть и другие проблемы у того же самого члена семьи или других, а именно: проблемы нарушения психики, поведения, употребления других законных или незаконных наркотических веществ. Наличие в Клубе семей с различными проблемами обогащает его, делает его подобным тому реальному обществу, в котором эти проблемы всегда множественны.

6. Клуб функционирует согласно семейно-системно-экологическому подходу. По этой причине проблема рассматривается не как проблема отдельного, в данном случае пьющего, человека, но всей семьи, общества во всей ее комплексности. Это также касается и других моментов – воздержания от алкоголя, посещения Клуба и всех остальных сторон жизни Клуба.

Мы продолжаем по предубеждению отделять пьющего от его семьи; но в действительности, как это можно видеть в Клубе, как в этом убеждается организатор СКТ, в семьях, которые разделяют проблемы своего страдающего человека, появляются и новые возможности, новые источники для их преодоления. Точно также само наличие клубов есть новый источник для преодоления этой проблемы в обществе. Часто случается, что члены семей не воспринимают данную концепцию: «причем здесь я, ведь это пьет он/она».

Очень часто такое отношение закрепляется, так как организатор СКТ не сумел до начала первой встречи разъяснить суть семейно-экологического подхода, иногда же и организатор СКТ сам к нему может быть не готов. Разъяснение этого положения – это постоянная забота организатора СКТ, к которой необходимо возвращаться ему во все последую-

щие дни.

7. Что же такое Клуб? Что собственно происходит во время еженедельных встреч? Деятельность Клуба направлена на возникновение эмпатии, создание атмосферы солидарности и дружественности среди его членов, стимулирующее общение и внутреннее преобразование. В этой атмосфере или для создания этой атмосферы каждая семья на каждой встрече вносит свое: делится происшедшим, своими проблемами, радостью, болью, своей жизнью. Выносит все на общее обсуждение, поскольку все члены Клуба могут оказать содействие им.

Кроме того, каждый член Клуба или каждая семья, говоря о себе и собственном опыте, дает возможность другим семьям находить возможные ответы, значимые и для них. В этих разговорах о повседневных заботах, радостях и печалях, в обменах событиями своей жизни, подсказками, мнениями, стимулами, сравнениями и заключается суть, жизнь Клуба. Нет никаких секретных трюков, волшебных формул, особой терапии.

Обсуждение строится (центрируется) на принципе «здесь и теперь». Прошлое не столь интересно еще и потому, что замечено – возвращение к нему не только бесполезно, но и вредно. Обычно ничему не служит и стремление к выяснению причин пьянства, продолжение разговоров об алкоголе и выпивках, поскольку, что говорить об этом, если семья больше не пьет. То, о чем следует говорить – это настоящее, то, что беспокоит сейчас и именно для того, чтобы вместе находить ответы или хотя бы гипотезы, которые необходимо в дальнейшем проверять и перепроверять.

8. Еще одно крайне важное замечание – Клуб никогда не решает за другого. Ни организатор СКТ и никто из членов Клуба. Каждый член Клуба говорит за себя и о себе, что и обсуждается. Люди могут даже ругаться, как это случается в жизни, но никто не имеет права говорить другому, что он должен делать. Если это случается, то глубоко извращается природа Клуба, особенно если организатор СКТ принимает на себя роль отца – советчика, хозяина. Роль, которую в некоторые моменты, особенно в на-

чале, семьи от него ждут и запрашивают. Организатору СКТ будет разумно подсказать, как миновать эти деликатные начальные стадии, обращаясь к помощи других семей.

9. Клуб непрерывно меняется с ходом времени; это связано с тем, что данный подход к проблеме динамичен и эволюционен. Другими словами, он растет вместе с нами. Забывать эту концепцию – означает допускать окаменение Клуба и со временем его смерть.

Исходя из вышесказанного, становится понятной важность усовершенствования, обмена опытом и взаимного развития.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КЛУБА

1. Как было сказано выше, членами Клуба являются семьи с алкогольными проблемами и другими зависимостями от психоактивных веществ или психоактивных действий, кроме того, организатор СКТ и люди, заменяющие семью одинокому пьющему.

2. Обычно Клуб связан с клубами других районов, областей, регионов. Различные региональные Ассоциации клубов являются инструментом объединения, распространения и облегчения работы клубов.

3. Клуб – точно так же, как и в любых других объединениях, придерживается типичных принципов своей организации.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ДОЛЖНОСТИ В КЛУБЕ – обычно это:

- староста – представляет Клуб во время заседаний и в каких-либо официальных случаях;
- помощник старосты – заменяет старосту в случае его отсутствия;
- секретарь – имеет обязанности по ведению протоколов, других документов и корреспонденции;
- казначей – собирает общественные (членские) взносы и осуществляет бухгалтерский учет;
- ответственный за проведение встречи, каждый ведет встречу по очереди.

Кроме того, можно иметь и другие специфические «должности», например, ответственный за проведение патронажа и т.д.

Эти «должности» помимо того, что необходимы для функционирования данного сообщества, еще имеют значение в повышении ответственности каждого члена Клуба за его успешное существование. Поэтому желательно, чтобы эти функции человек выполнял не более 6-12 мес.

Первоначально эти должности являются выборными для всех членов Клуба. Но организатор СКТ не может выполнять эти обязанности, поскольку имеет свою специфическую роль.

Во время каждой встречи ведется протокол кем-нибудь из членов семей по очереди. Протокол – это память, история Клуба, это практическое отражение реальной жизни сообщества. Протокол зачитывается перед началом каждой встречи и сохраняется для того, чтобы отсутствующие могли также его прочитать и быть в курсе всех событий Клуба. Протоколы, так же как и выборные должности, служат для повышения ответственности членов Клуба. Желательно, чтобы протоколы были краткими и содержали только самую суть проходившей дискуссии, только самые выдающиеся, важные ее пункты. Членов Клуба просят быть пунктуальными – всякая группа, которая хочет хорошо работать, прежде всего имеет четкий распорядок.

Все семьи вносят в общественный фонд Клуба умеренную плату. Суммы могут варьировать.

Деньги необходимы для оплаты непредвиденных расходов, канцелярских дел и т.д. Небольшая часть денег отчисляется на содержание региональной Ассоциации клубов.

КЛУБ ИМЕЕТ СВОИ ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

4. Чтобы открыть клуб, надо хотя бы две семьи и организатора СКТ.

5. Семьи приходят в Клуб различными путями: люди могут обращаться непосредственно в Клуб, узнав о нем от своих друзей, от членов Клуба или организатора СКТ, также могут приходиться как «посланцы» со-

циальных противоалкогольных служб, если только между ними и Клубом осуществляется сотрудничество. В принципе не имеет значения тот или иной канал, более важным является сам приход, само обращение в Клуб.

6. Когда в Клуб приходит 13-я семья, он должен разделиться.

Это должно происходить потому, что слишком большое количество семей в Клубе затрудняет его работу. Очень часто деление Клуба является сложным «травматическим» моментом жизни Клуба. Однако в действительности это явление должно восприниматься как праздник, рождение еще одной открытой «двери» для всех тех семей, которым это необходимо. Очень часто подобная «травма» от разделения возникает из-за того, что оператор не разделяет данный подход, не готовит Клуб к нему и не объясняет всей важности и полезности этого шага.

Естественно, Клуб может разделиться еще прежде, чем в него придет 13-я семья. Это полезно в том случае, если давно в Клуб нет новых вступающих; когда в Клубе много семей с комплексными проблемами или если Клуб давно не делился.

7. Правило Клуба – каждую встречу начинать с прочтения протокола предыдущей встречи. После этого ответственный за проведение встречи, которым становится каждый по очереди, открывает встречу. Обычно часть семей не приходит на встречу и не сообщает никому заранее об этом. Не прерывая разговора, что никогда нежелательно делать быстро, осуществляется одна из форм патронажа. Затем ведущий передает слово другой семье и Клуб продолжает работать.

8. В каждом клубе могут быть свои традиции: переключка, объявления, регистрация дней воздержания, совместная молитва и т.д. Эти и другие традиции могут быть полезными, если помогают семьям усилить их положительный настрой. Это имеет значение в том случае, если для них отводится специальное место и время в жизни Клуба и четко различается их важность и значение. В противном случае это может привести к бюрократизации жизни Клуба и принести вред.

9. На встречах Клуба не должны присутствовать лица, не являющиеся его членами. Единственное исключение делается для слушателей курсов повышения знаний по проблемам алкоголизма и возможно для лиц, которым необходимо ознакомиться с деятельностью Клуба. Однако, так же как присутствие кого-то в качестве второго организатора СКТ с целью практического обучения, присутствие и этих лиц может вызвать определенные трудности и это необходимо хорошо понимать и учитывать.

10. Приблизительно каждые 6 месяцев все Клубы определенной зоны проводят так называемые Интерклубы.

Интерклуб – очень важный момент в жизни клубов и он имеет свои определенные специфические черты:

- предоставляется возможность сравнить опыт отдельных клубов и обсудить на Интерклубе такие темы, как: семейный подход; Клуб и общество; значение Клуба для детей, женский алкоголизм и др.;
- происходят встречи семей, которые давно не виделись;
- создается возможность всему сообществу увидеть работу всех клубов вместе, что способствует значительному продвижению их вперед;
- непринужденный обмен радостными событиями между семьями и операторами облегчается тем, что всегда во время Интерклуба проводится праздничное застолье.

Хорошо если Интерклуб не будет очень многочисленным, так как это может затруднить общение между людьми. В Интерклуб желательно приглашать /собирать не более 20-30 клубов.

Организатор СКТ

1. Организатор СКТ – член клуба со своей специфической ролью.

Она заключается:

- в побуждении общения внутри Клуба. Побуждать – значит облегчать и активизировать общение и взаимодействие. Не надо ничего выдумывать, давать какие-либо обязательства. Организатор СКТ не должен давать советов, как решать те или иные семейные проблемы, указывать и го-

ворить, что надо сделать. Более того, его поведение тем лучше, чем оно менее заметно. Сам Клуб более действен, когда меньше нуждается во вмешательстве организатора. Для побуждения общения организатор СКТ не должен искать каких-то особых путей. Он должен просто быть внимательным ко всему происходящему на Клубе, ощущать атмосферу Клуба, способствовать устранению защиты со стороны членов Клуба, вести дискуссию наиболее привычным образом для данного круга людей. Организатор СКТ в своих действиях ориентируется не столько на отдельные личности, сколько на семьи, в целом привлекая новых членов в Клуб.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНИ КЛУБА

Если Клуб хочет проводить встречи один раз в месяц, его члены продолжать пить умеренно, иметь 3 организаторов и т.п., то организатор СКТ должен дать ясно понять, что это может быть их выбором, но тогда им необходимо и выбирать совсем другой Клуб.

1. Активное сотрудничество Клуба со всеми структурами общества аналогичной направленности и заинтересованности делает жизнь общества в целом также успешнее.

Организатор СКТ поступит правильно, если жизнь Клуба не будет изолировать от жизни общества, где возник и собирается Клуб.

2. Совершенно не обязательно, чтобы организатор СКТ был профессиональным специалистом в области наркологии или психотерапии. Более того, принимая участие в Клубе, он не должен привносить в него какую-либо свою профессиональную ориентацию.

3. Организатор СКТ со временем приобретает особые специфические качества, которые делают его собственно работником СКТ. Подобная профессиональность формируется за счет:

- посещения курсов повышения квалификации 1-го уровня;
- регулярного посещения ежемесячных собраний организаторов СКТ, что способствует росту профессионализма, помогает согласованию различных точек зрения.

- посещения курсов 2-го уровня и, по возможности, курсов усовершенствования в течение 300 часов.

4. Возможные сложности в работе организатора СКТ и его ошибки, которые могут вызвать опасные последствия для семей:

- члены семей не глупцы и не заторможены и, если организатор СКТ имеет сомнения на этот счет, то не должен, тем не менее, исходить из такого предположения. Он должен исходить из того, что интеллектуальный уровень членов семей Клуба достаточно высок, чтобы адекватно воспринимать все происходящее на Клубе;

- однако не надо и слишком упрощать данное понимание. Стать организатором СКТ можно, только изучив данную проблему зависимости от алкоголя и других ПАВ, так же как это происходит в других областях знания. Естественно, что организаторами могут стать и другие члены семей Клуба.

Для этого необходимо:

А. Посещать Клуб не менее года.

Б. Утвердиться в воздержании от употребления алкоголя.

В. Иметь благополучие в семье и личную заинтересованность.

Понятно, что те члены Клуба, которые стали организаторами СКТ, не бросают свой Клуб и продолжают его посещать с учетом всех жизненных обстоятельств.

ПЕРВАЯ БЕСЕДА С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ КАНДИДАТОМ В КЛУБ

1. Прежде чем присутствовать на Клубе, всякая семья встречается с организатором СКТ. Очень неплохо, если первая встреча происходит в тот же день, в который семья вступает в Клуб, по возможности за полчаса до встречи Клуба. В этом случае легче устранить риск, что беседа затянется на 2 часа, поскольку такая беседа не должна превышать 30-40 мин. Всегда можно найти время, чтобы продолжить диалог уже в Клубе в течение ближайших недель или месяцев.

2. Во время первой беседы организатор СКТ обращает внимание на:

- создание климата эмпатии и дружелюбности;
- обобщение историй жизни семей;
- только в самом начале жизни в Клубе выслушиваются особые

семейные проблемы членов Клуба и даются некоторые объяснения их, но только в самом начале, поскольку пристальное внимание к ним может затруднить общение в Клубе;

- выявить существующие проблемы в семьях в отношении алкогольной зависимости и связанных с ней проблем, которые могут существовать у всех членов семьи;

- этот аспект при первом разговоре является основным, т.к. необходимо четко понимать, что проблема алкогольной зависимости это проблема не только пьющего человека, но и всей семьи и поэтому Клуб должна посещать вся семья;

- объяснить, что Клуб особое внимание уделяет именно проблемам всей семьи.

3. Обычно семья на первую встречу приходит в состоянии кризиса и поэтому более легко откликается на происходящее в Клубе. При этом легче становится убедить всех членов семьи в необходимости воздержания от употребления алкоголя.

Естественно, воздержание, трезвость всех членов семьи должна быть не просто жестом по отношению к пьющему, но как твердый и осознанный выбор всех членов семьи для того, чтобы всем вместе противостоять сложным проблемам и, уж, по крайней мере, для улучшения и сбережения собственного здоровья.

4. В конце встречи можно сделать заключение:

с целью накопления опыта по преодолению алкогольной зависимости, который вносится в Клуб, каждая семья коротко рассказывает о себе. Желательно для возникновения большего соучастия говорить более полно и открыто о себе. Во время встречи лучше, если в самом конце одна или боль-

ше семей разъясняют вновь пришедшей семье особенности жизни Клуба наиболее доступным для них образом.

5. При сопротивлении части семей, отдельных членов семьи или семьи в целом:

- посоветуйте все же им начать посещения Клуба для того, чтобы лучше понять, а что же такое Клуб и с целью более лучшего понимания опыта других семей, которые уже преодолели те же самые трудности и т.д. Это очень деликатный момент, в котором надо проявить особую гибкость, чтобы не отступить от принципиальных основ жизни Клуба.

Следует помнить, что изменения в семье могут произойти только с течением времени, отчетливо понимать, что необходимо делать. Все это хорошо сообщить всем членам семьи для того, чтобы они не ощущали беспокойства.

ТРУДНОСТИ В ЖИЗНИ И РАБОТЕ КЛУБА

Клуб в целом должен функционировать позитивно и без трудностей, но известно, что в реальности подобные Клубы не существуют.

1. В жизни Клуба могут встречаться различные трудности. Очень часто трудности вызывают кризис. Однако кризис сам по себе не всегда является отрицательным моментом. За кризисом должен наступить дальнейший рост и созревание семей Клуба; последующая за этим «помощь» организатора СКТ несет особый смысл и играет при этом важнейшую роль. Естественно, всегда следует обращать внимание, насколько случившееся побудило семьи к изменениям. При этом необходимо воздерживаться от прямого вмешательства в разрешение всех частных подробностей их семейной жизни.

2. Основной трудностью в жизни Клуба является срыв его члена. Это необходимо пояснить в нескольких пунктах:

- срыв необходимо рассматривать не столько как возобновление пьянства, а как возврат к старому поведению, прежнему стилю, образу жизни. Это повод для пересмотра отношений в семье, подходов организа-

тора СКТ, Клуба, всего общества;

- срыв всегда трудный момент, несущий страдания как семье, так и Клубу.

К этому моменту надо подходить не банально, не упрощенно, как к малозначимому событию. Не прогнозировать срыв, но быть готовым к нему. Однако нельзя при срыве допускать чрезмерную горячность и использовать его для обвинения членов Клуба и осуждения.

- срыв очень обиден для Клуба, поскольку показывает, что в семье и, особенно, в Клубе сохраняются трудности. В то же время это способствует проявлению всеми всех своих лучших качеств.

Иногда случается, что срыв отрицается. Это именно тот случай, о котором необходимо говорить в Клубе. Замалчивание не ведет к росту и изменениям. Лучше идти навстречу проблемам сообща и с любовью, чем уподобляться страусу.

Когда семья переживает трудности, не посещает Клуб, если у кого-то срыв или кто-то не знает, как поступить, то Клуб осуществляет «Патронаж».

Патронаж – одна из составляющих задач жизни Клуба: т.е. быть солидарным, выражать дружескую поддержку семьям в трудные периоды их жизни.

Патронаж может быть организован прежде всего посещением семьи на дому, но также и тысячами других способов, зависящих от индивидуальных склонностей и активности семей и желания быть с семьей, которая находится в срыве, рядом и проявить свою солидарность и дружбу.

Не менее важно подчеркнуть, что патронаж не исчерпывается одним-двумя визитами: здесь именно уместно библейское наставление (быть рядом столько, сколько нужно, прощать не до 7 раз, а 70 раз по 7). Наш опыт свидетельствует о том, что очень важно дать почувствовать и понять сорвавшемуся человеку, что Клуб для него не закрыт, что его там вновь встретят с любовью и радостью, чувством облегчения и гордости за него,

за его усилия по изменению своей жизни.

Основные *трудности* в жизни Клуба могут быть обусловлены: организатором СКТ, семьями, самим Клубом, обществом, Ассоциациями клубов и другими социальными службами здоровья.

3. Трудности, связанные с действиями организатора СКТ, встречаются наиболее часто:

- достаточно часто организатор СКТ решает немного изменить Клуб в соответствии с собственными личными представлениями и особенностями. Подобные эксперименты имели место во многих клубах, но не привели к успеху. Ясно, что организатор Клуба привносит в него свою духовную и душевную индивидуальность, но лучше оставить дома все то, что не является тематикой Клуба. Другими словами, организатор СКТ является исполнителем музыки, в какой-то степени дирижером, интерпретатором, но не ее создателем;

- организатор СКТ часто значительное время отводит собственным рассуждениям, основанным на своих личных наклонностях и устремлениях. Есть организаторы, которые идут и ищут различные способы удовлетворения своей потребности руководить, навязывать свои представления Клубу и семьям и для этого стараются занять эту «должность».

Также есть операторы, которые, напротив, чрезвычайно пассивны, недостаточно вовлечены в обсуждение, психологически «отсутствуют» на Клубе. Естественно, эти поведенческие ошибки части организаторов СКТ могут определенным образом сформировать Клуб, во всяком случае, именно они создают определенную трудность.

Способом же предупреждения подобных ошибок, конечно, служат ежемесячные обязательные собрания организаторов СКТ одного района, программа подготовки организаторов, которая дает им возможность обсуждать проблемы адекватного поведения в Клубах.

- другой классический пример, с которым мы сталкиваемся в связи с разукрупнением клубов – зачастую организаторы СКТ препятствуют этому

процессу из-за убеждения в том, что «в их Клубе» не может быть лучшего организатора, чем они;

- иногда организатор СКТ слишком увлекается формальной стороной деятельности Клуба: переключки, ведение различных регистрационных книг, других различных процедур, которые лишают Клуб разумной спонтанности.

4. Трудности, связанные с семьями – это результат человеческих различий, пережитого опыта и об этом следует помнить организатору. Всегда будут семьи, которые желают играть роль абсолютного лидера, другие незаметны, просто отсиживаются и т.п. Организатор СКТ необходим всем в Клубе также и по этой причине.

5. Трудности, связанные с Клубом – наиболее предсказуемы. Неизбежно, в Клубе среди различных семей возникают более дружеские и близкие отношения, что придает определенную специфичность каждому отдельному Клубу. Все это нормально при условии, что подобные отношения не вызывают внутренних конфликтов и не затрагивают объективных основ жизни Клуба и его работы. Например, существуют совершенно «закрытые» Клубы, которые не видят ничего хорошего в приходе новых семей. Такие Клубы считают, что они достигли совершенства, полностью сформировались и не хотят разделять его ни с кем. Это как раз тот случай, когда Клуб должен быть разделен или увеличен.

Есть также очень формальные клубы, в которых большее значение придается ведению списков, журналов, а иногда их активность направлена вовне Клуба – на работу в своем квартале, своей местности. А в самом Клубе жизни нет. В этих случаях обязательно необходимо вмешательство организатора СКТ, а также необходимо проявить внимание к такому положению Клуба.

Есть также «поверхностные» Клубы, где все как бы немного банально: много смеха, шуток и т.д. Создается впечатление, что в Клубе нет желания серьезного обсуждения проблем, чтобы избежать возможных кон-

фликтов. И в этих случаях организатор СКТ должен вмешаться.

6. Трудности, связанные с обществом, зависят от готовности самой программы, которая предлагается к осуществлению на данной территории в большей мере, чем от самого общества.

Несомненно, что поначалу общественное мнение может быть скептическим, предвзятым и даже враждебным, разумеется, это не правило. Но уже после нескольких лет работы Клуба такие настроения в обществе трудно обнаружить. Отношения с обществом всегда зависят от тех обстоятельств, которые происходят в Клубе и которые как бы находятся под его контролем. Для улучшения взаимоотношений Клуб может организовать встречи с общественностью как самостоятельно, так и совместно с другими клубами, Ассоциацией. Организатор СКТ играет некую связующую роль, является мостом между обществом и Клубом.

ГЛОССАРИЙ

Аддикция – определяется как систематическое повторение действий, лишенных целесообразности и реального приспособительного значения, возникающее у дефицитарных личностей, как свидетельство психологической декомпенсации и ведущее к снижению социальной адаптации или дезадаптации.

Аддиктивный агент – психоактивное вещество или действие, использование которого приводит к формированию зависимости.

Анозогнозия – отсутствие осознания и признания у себя дефектов, возникших вследствие патологических процессов, отрицание пациентом собственной болезни.

Аутоагрессия (греч. «autos» – сам, лат. «aggressio» – приступ, нападение) – осознаваемая или неосознаваемая активность, направленная на причинение себе вреда в физической и психической сферах. В психоанализе аутоагрессия рассматривается как защитный механизм психики, является следствием перенаправления агрессии, изначально направленной на внешний объект.

Гомилетика (от др.-греч. «ὁμιλητική, 'омилэтикэ») – искусство беседы.

Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от социальных норм.

Дефицитарность, предрасполагающая к формированию аддиктивных расстройств, – недостаточность или повреждения на четырех уровнях функционирования человека: биологическом, психологическом, социальном и духовном.

Дисфория (от греч. «dysphoréo» – тяжело переношу, раздражен) – расстройство настроения, характеризующееся напряженным, злобно-тоскливым аффектом с выраженной раздражительностью, доходящей до взрывов гнева с агрессивностью; смешение страха, злобы и тоски.

Концептуализация (от лат. «conceptus» мысль, представление) – в данном случае используется как «осмысление» действий специалиста, представление о том, зачем и почему данному больному оказывается именно этот вид помощи и именно в этот момент. В психотерапии – это теоретическая, философская база практической деятельности.

Копинг-стратегии (от англ. «coping» – совладание) – это осознаваемые стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию. Например, конструктивными копинг-стратегиями являются «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», а базисными копинг-ресурсами – «Я – концепция», «локус контроля», «эмпатия».

Личность – некоторое ядро, интегрирующее начало, связывающее воедино различные психические процессы индивида и сообщающие его поведению необходимую последовательность и устойчивость; высшее психосоциальное образование, общественная форма структурирования и организации психики.

Личностные статусы (нормативные) – это социокультуральное содержание психобиологических образований человека, структурная единица личности в психогенетической теории.

Личностная саморегуляция – это сознательный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности.

Поведенческий паттерн – (от англ. «*pattern*» – образец, шаблон, система) – систематически повторяющийся, устойчивый элемент или последовательность элементов поведения .

Патологический личностный статус, «Я – патологическое» («Я – алкоголик», «Я – наркоман») – это динамичные изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах, возникающие по мере злоупотребления аддиктивными агентами; «псевдо я» – чужеродное паразитическое новообразование в структуре личности, которое «отвечает» за

поддержание болезни и является контрастным по отношению к нормативным ЛС.

Потребностное напряжение – это нарушение биологического или психологического гомеостаза, дискомфортное состояние, связанное с задержкой или невозможностью удовлетворения потребности.

Прогрессиентность (от греч. «про» – вперед и лат. «gradiens» – шагающий) – развитие болезни с нарастанием симптомов.

Самоактуализация (от лат. «actualis» – действительный, настоящий) – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей.

Синергетический подход – основанный на совместном действии, подчеркивается согласованность функционирования частей, отражающаяся в поведении системы как целого.

Сотериологические цели – от греч. «спасение».

Статус «Я – духовное» – это универсальный надличностный статус человека, пребывание в котором сопряжено с ключевыми нравственными, смысловыми переживаниями.

Фрустрация (лат. «frustratio» – обман, неудача, тщетное ожидание, расстройство замыслов) – психическое состояние, вызванное объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи; состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи.

Экзистенциальная психотерапия (от лат. «existentia» – существование) – направление психотерапии, объединяющее психотерапевтические подходы, в которых делается акцент на осознание неизбежности свободы и ответственности человека за собственное развитие и выбор жизненного пути. В фокусе психотерапевтической работы лежит осмысление вопросов человеческого существования: любви, одиночества, смысла, жизни и смерти.

Эмпатия (от нем. «*einfuhling*» – проникновение) – понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Бабурин А.Н., прот. Альтернативный подход к психотерапии и реабилитации больных, зависимых от употребления психоактивных веществ, основанный на религиозном мировоззрении / Алексей Бабурин, А.И. Магай, Е.А. Казьмина, О.А. Борисова // Терапия семейных отношений как путь профилактики зависимостей: матер. мультидисциплинар. науч.-практ. конф. / под ред. д.м.н., проф. Е.А. Брюна; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – С. 24-26.
2. Бабурин А.Н., прот. Грех – врата для сатаны в человеческое тело и душу: матер. духовно-медицинской международ. конф., посвященной свт. Луке, архиеп. Симферопольскому и Крымскому (профессору медицины В.Ф. Войно-Ясенецкому) (1-4 сентября 2004 г.). – Симферополь: Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2005. – С. 372-382.
3. Бабурин А.Н., прот. Душепопечение наркологических больных в условиях прихода // Наркология. – 2008. – №10. – С. 88-94.
4. Бабурин А.Н., прот. Душепопечение наркологических больных в условиях прихода: доклад на I Всероссийском съезде православных врачей (28-29 сентября 2007 г.) // Церковь и медицина. – 2009. – №3. – С. 48-54.
5. Бабурин А.Н., прот. Опыт организации попечительства клириками Московской епархии над больными и страждущими // Православие и медицина: сб. избр. докладов мед. секции Международных Рождественских образовательных чтений (Конференции IX-XII). – М., 2005. – 352 с. (С. 300 – 322).
6. Бабурин А.Н., прот. Православный психотерапевтический подход в профилактике и врачевании пристрастий: доклад на II Всероссий-

- ском съезде православных врачей (1-2 октября 2009 г.) // Церковь и медицина. – 2010. – №5 (январь). – С. 24-26.
7. Бабурин А.Н., прот. Проблемы пастырского душепопечения наркологических больных // Церковь и медицина. – 2005. – № 1 (1). – С. 37-38.
 8. Бабурин А.Н., прот. Семейные клубы трезвости. 20 лет в России / Г.В. Гусев, к.п.н.; Е.Ю. Иконникова; А.И. Магай // III Международная науч.-практ. конф. «Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация» (6-7 ноября 2013 г.): матер. конф. – М.: МГППУ, 2013. – С. 25-30.
 9. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 45-49.
 10. Гусев Г.В. Об исцелении порока в книге «Вразуми меня и буду жить. Беседы в общине трезвости» // Вестник ПСТГУ. IV: Педагогика. Психология. – 2009. – Вып. 1 (12).
 11. Леонов В., прот. Основы православной антропологии. – М., 2013.
 12. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
 13. Сидоров П.И., И.А.Новикова. Ментальная медицина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 523 с.
 14. Соболев Е.С. Алкоголизм // Психиатрия: научно-практический справочник / под ред. академика РАН А.С. Тиганова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – С. 249-285.
 15. Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.

16. Соборникова Е.А. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика – новый взгляд на проблему зависимости // Психиатрия. – 2010. – №3. – С. 15-21.
17. Соборникова Е.А., Булатников А.Н., Савченко Л.М., Соболев Е.С., Новиков Е.М. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: учебное пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 74 с.
18. Соборникова Е.А. Практическое применение психогенетической теории личности Ю.В. Валентика в работе с родственниками пациентов наркологического профиля // Психиатрия. – 2013. – №12. – 89 с.
19. Чурсанов С.А. Лицом к лицу. Понятие личности в православном богословии XX века. – М.: Изд-во ПСТГУ, 2011. – 262 с.

Дополнительная

20. Адаховская Е.А. Ночные клубы как форма организованного досуга: социологический анализ: автореф. дис. канд. социол. наук. – Екатеринбург, 2008. – С. 13.
21. Антиалкогольный клуб: методические рекомендации / Сост. М.Е. Бурно, ред. В.Е. Рожнов. – М.: МЗ СССР, 1982. – 118 с.
22. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. – М.: Православный Свято-Тихоновский Богословский Институт, 1997. – С. 43.
23. Бабурин А.Н., прот. Алкоголь: мифы и реальность / А.Н. Бабурин; А.Ф. Ермошин; В.Н. Жохов; М.Н. Карпова; А.В. Никулин; Л.Г. Турбина. – М.: Изд. Православн. центра нарколог. помощи, 1994. – 18 с.
24. Бабурин А.Н., прот. Взгляд священника РПЦ на роль духовенства и мирян в реадaptации наркоманов и их семей / Алексей Бабурин, свящ. // Журнал Московской Патриархии. – 1996. – № 4-5. – С. 32-34.

25. Бабурин А.Н., прот. Духовные аспекты наркомании // Новости науки и техники: рефератив. сб. – (сер. «Медицина», вып. «Алкогольная болезнь»). – 2001. – №5. – С. 1-6.
26. Бабурин А.Н., прот. Истоки псевдодуховности // Медицинский курьер.– 2001. – №3-4. – С. 34-37.
27. Бабурин А.Н., прот. Медико-психологические виды помощи при табакокурении / А.Н. Бабурин // Социальная гигиена и организация здравоохранения: обзор литературы. Экспресс-информация. – М.: ВНИИММТИ, 1988. – Вып 9. – 18 с.
28. Бабурин А.Н., прот. Мы ушли из Отчего дома // Видновские Вести. – 2001. – №37. – С. 7.
29. Бабурин А.Н., прот. Не дай Бог такой селекции // Российское здоровье и общество. – 2001. – №10 (12 ноября). – С. 2.
30. Бабурин А.Н., прот. О содержании понятия «Социальная педагогика» с точки зрения православного человека / Алексей Бабурин, священник; Г.В. Гусев // Московская городская учительская семинария: науч. сб. – М., 1997. – С. 31-37.
31. Бабурин А.Н., прот. Объединить наши усилия // Наркомания: грех или болезнь: сб. / сост. Е. Орлова. – М.: Даниловский благовестник, 2001. – С. 146-182.
32. Бабурин А.Н., прот. Опыт работы семейных клубов трезвости / А.Н. Бабурин; А.Ф. Ермошин; В.Н. Жохов; М.Н. Карпова; А.В. Никулин; Л.Г. Турбина // Вопросы наркологии. – 1994. – №2. – С. 91-94.
33. Бабурин А.Н., прот. Пагубные корни алкоголизма и наркомании // Московские Епархиальные ведомости. – 2002. – № 1-2. – С. 77-78.
34. Бабурин А.Н., прот. Пастырское мнение о перспективах участия Русской Православной Церкви в борьбе с наркоманией // Журнал Московской Патриархии. – 1999. – № 9.

35. Бабурин А.Н., прот. Пора собирать съезд // Трезвение. – 2005. – №10. – С. 1.
36. Бабурин А.Н., прот. Православная церковь за здоровый образ жизни (на примере борьбы РПЦ с народным пьянством XIX нач. XX вв.) / Г.В. Гусев // Новости науки и техники: рефератив. сб. – (сер. «Медицина», вып. «Алкогольная болезнь»). – 1998. – № 9. – С. 1-7.
37. Бабурин А.Н., прот. Русская Православная церковь в борьбе за трезвость народную: страницы истории / Алексей Бабурин, священник; Г.В. Гусев // Московские Епархиальные ведомости. – 1998. – №4-5. – С. 50-57.
38. Бабурин А.Н., прот. Семейный клуб трезвости / А.Н. Бабурин; А.Ф. Ермошин; В.Н. Жохов; М.Н. Карпова; А.В. Никулин; Л.Г. Турбина. – М.: Изд. Православн. центра нарколог. помощи, 1994. – 16 с.
39. Бабурин А.Н., прот. Славянские истоки социально-экологического подхода во врачевании алкоголизма и других видов пристрастий: доклад на науч.-практ. конф. «Славянский мир: общность и многообразие» (Тверь, 23 апреля 2008 г.). Впервые опубликовано: <http://www.romashkovo.org/vifesda/materials/2008/15.html>. См. также: URL <http://rusk.ru/st.php?idar=113027> [Дата обращения: 25.02.2016]
40. Бабурин А.Н., прот. Широки врата и просторен путь, ведущие в погибель // Медицинский курьер: спец. вып. – 2000. – №1-2 (16). – С. 32-33.
41. Валентик Ю.В., Соборникова Е.А. Формирование личностной саморегуляции у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в амбулаторной реабилитационной программе // Психотерапия. – 2009. – №3. – С. 34-42.
42. Вразуми меня и буду жить. Беседы в общине трезвости // под общ. ред. прот. А.Н. Бабурина; сост. Е. Савостьянова. – М.: АНО «Душепопечит. центр им. Великой княгини преподобномученицы Елизаветы Федоровны «Дом Милосердия», 2008. – 240 с.

43. Гачич Б. Координированная экосистемная модель алкоголизма. 15-летний опыт профилактики и лечения алкоголизма на предприятиях Белграда // Вопросы наркологии. – 1990. – № 1. – С. 22-25.
44. Григорий Нисский, свт. Об устройении человека. – СПб., 2000.
45. Гусев Г.В. В духе трезвости и благочестия. Социально-педагогическая деятельность С.А. Рачинского в контексте трезвенного движения Русской Православной Церкви. Ч. 1,2,3 // Трезвение. – 2005. – №10; №11; №12. – С. 3.
46. Жохов В., священник. Православная церковь и наркология – сотрудничество необходимо // Московские Епархиальные ведомости. – 2002. – № 1-2. – С. 78-84.
47. Жохов В., священник. Этические проблемы отечественной наркологии // Православие и медицина: сб. избр. докл. мед. секции Международных Рождественских образовательных чтений (Конференции IX-XII). – М., 2005. – 352 с. (С. 166-185).
48. Зеньковский В., прот. Проблемы воспитания в свете христианской антропологии. – Клин, 2002.
49. Иерофей (Влахос), митр. Православная психотерапия. – Сергиев Посад, 2004.
50. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – 2002. – № 9. – С. 27-35.
51. Комаров Г.А. Консолидация усилий органов здравоохранения, врачей и Русской православной церкви в формировании здоровья нации / А.Н. Бабурин; М.В. Манько // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 5. – С. 50-51.
52. Комаров Г.А. О юридических аспектах взаимодействия учреждений здравоохранения и Русской Православной Церкви / А.Н. Бабурин; Е.В. Мокроусова, М.В. Манько // Медицинское право. – 2008. – №1 (21). – С. 10-14.

53. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др. // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: сборник методических материалов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи. – М.: АCADEMIA АПК и ПРО, 2001. – С. 50-97.
54. Лега В.П. Проблема личности: святоотеческий и философский подходы <http://www.pravmir.ru/problema-lichnosti-svyatootcheskij-i-filosofskij-podxody>.
55. Материалы мультидисциплинарной научно-практической конференции «Терапия семейных отношений как путь профилактики зависимостей» / под. ред. д.м.н., проф. Е.А. Брюна; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – 54 с.
56. Медведников С.А. Частный клуб: организация, управление, развитие. – М.; СПб., 2006. – С. 18.
57. Москаленко В.Д. Зависимость – семейная болезнь. – М., 2008.
58. Назаров Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: дис. канд. психол. наук. – М., 2000.
59. Небаракова Т.П., Е.А. Кошкина. Опыт семейной терапии алкоголизма в Югославии // Вопросы наркологии. – 1990. – № 4. – С. 56-58.
60. Немезий Эмесский. О природе человека. – М., 1998.
61. Склярова Т.В. Православное воспитание в контексте социализации. – М., 2006.
62. Склярова Т.В., Янушкявичене О.Л. Возрастная педагогика и психология. – М., 2006.
63. Соборникова Е.А. Опыт работы с универсальными человеческими потребностями в третичной профилактике аддиктивных расстройств // Материалы Международного Конгресса «Молодое поколение

- XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Москва, 24-27 сентября 2013 г. – М.: ООО ONEBOOK.RU. – С. 238-239.
64. Труды II Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6-12 августа 1912 года. Том первый. Марковников, А.В., д-р. Значение народного обычая – обетов воздержания от алкоголя, так называемых «зароков». С. 1135-1138.
65. Труды II Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6-12 августа 1912 года. Том первый. Колосов, Николай, свящ. Одно из средств борьбы с народным пьянством. С. 187.
66. Туев В.В. Феномен английского клуба. – М., 1997. – С. 123.
67. Туев В.В. Феномен клуба: ист.-пед. анализ: автореф. дис. докт. пед. наук. – М., 1998. – 150 с.
68. Феофан Затворник, свт. Страсти и борьба с ними. – М., 2003.
69. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. – М., 2001.
70. Флоренская Т.А. Мир дома твоего. – М.: Радонеж, 1998. – 283 с.
71. Шугаев И., прот. Свобода и зависимость. – М., 2009.
72. Bierer, J. (ed) *Therapeutic Social Clubs*. London: H.K. Lewis & Co. Ltd., 1949.
73. Jones M. *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. – New York: Basic Books, 1953.
74. Vladimir Hudolin *Alkoholoski Prirucnik*. Zagreb, Medicinska naklada, 1991.

Нормативно-правовая

75. Конституция РФ (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ; от 30.12.2008 № 7-ФКЗ).

76. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Принят Государственной Думой 1.11.2011 г. Одобрен Советом Федерации 9.11. 2011 г.).
77. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (Принят Государственной Думой 10 декабря 1997 года. Одобрен Советом Федерации 24 декабря 1997 года. (В редакции ФЗ №13 от 1 марта 2012 г.).
78. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (Принят Государственной Думой 12 февраля 2013 года. Одобрен Советом Федерации 20 февраля 2013 года, с изменениями и дополнениями от 14.10.2014 г., 31.12.2014 г.).
79. Стратегия Государственной антинаркотической политики Российской Федерации (Утверждена Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690, с изменениями и дополнениями от 1 июля 2014 г.).
80. Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде (Утверждена Министерством образования и науки Российской Федерации 05.09.2011 г., рекомендована Государственным антинаркотическим комитетом: протокол №13 от 28.09.2011 г.).
81. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (одобрена распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р).
82. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении порядка оказания нарко-

логической помощи по профилю «Наркология» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 марта 2013 г. Регистрационный № 27503).

83. Приказ Минздрава РФ от 18.03.1997 №76 «О наркологических реабилитационных центрах».

84. Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 года №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 февраля 2013 г. Регистрационный № 27276).

БАБУРИН Алексей Николаевич
ГУСЕВ Георгий Витальевич
СОБОРНИКОВА Екатерина Анатольевна
ГОРЯЧЕВА Анна Аркадьевна

Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе
наркологической помощи

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать 24.03.2016
Печ. л. 7,0
Заказ № 30

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$
Тираж 30 экз.

Российская медицинская академия последипломного образования
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ГБОУ ДПО РМАПО
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993