

Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами

ВАЛЕНТИК Ю.В.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой наркологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) Минздрава России, Москва

ВОСТРОКНУТОВ Н.В.

д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, Москва

ГЕРИШ А.А.

к.м.н., гл. специалист по вопросам наркозависимости у детей и молодежи Минобразования России, Москва

ДУДКО Т.Н.

к.м.н., рук. отдела воспитательной помощи и реабилитации НИИ Наркологии Минздрава РФ, Москва

ТРОСТАНЕЦКАЯ Г.Н.

к.м.н., начальник управления социально-педагогической поддержки и реабилитации детей Минобразования РФ, Москва

В статье определяются цели и задачи реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. Процесс реабилитации рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. Формулируются принципы реабилитации, предлагается и подробно описывается схема реабилитации.

В Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия отмечается резкий рост злоупотребления наркотиками, при этом большинство потребителей наркотиков и больных наркоманиями составляют подростки и молодежь. С распространением наркотизма увеличивается вероятность столкновения и детей 7–12 лет, и подростков с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются более серьезными. Это вызывает необходимость не только усиления мер, направленных на предупреждение употребления психоактивных веществ (далее — ПАВ), но и разработки дифференцированных программ реабилитации для несовершеннолетних.

Следует подчеркнуть, что очень часто употребление ПАВ несовершеннолетними является симптомом жизненного — личностного или семейного (социального) неблагополучия — по крайней мере, поначалу. Это предполагает приоритет педагого-психологических воздействий при решении данной проблемы.

При раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения. У подростков и молодежи разрываются или деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется реальная угроза оказаться в социальной изоляции. Нередко затруднено последующее образование семьи и рождение потомства, устанавливаются устойчивые отношения с наркоманическим и даже криминальным окружением. Болезнь практически прекращает социальный прогресс пациента, уровень его образования низок, затрудняется профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляется криминальный анамнез и проблемы с законом.

Перечисленные социальные и психологические проблемы показывают, что чисто медицинский подход и ограниченные лечебные мероприятия принципиально не

в состоянии обеспечить практическое выздоровление несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от ПАВ, и их успешную интеграцию или реинтеграцию в общество. Это конечная цель достижима, если период собственно отказа от наркотика и активного лечения дополняется длительным реабилитационным периодом, благодаря которому восстанавливается способность полноценно функционировать в обществе.

Мировая практика показывает, что для реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ успешно применяются программы, базирующиеся на принципах “терапевтических сообществ” (De Leon G, 1997). В общем, такого рода терапевтические сообщества определяются как свободная от ПАВ среда, где люди с проблемами зависимости живут вместе организованным и структурированным образом, готовясь к предстоящей жизни без ПАВ во внешнем обществе. В настоящее время терапевтические сообщества (далее — ТС) для наркоманов образуют спектр более чем из 500 резидентских программ (то есть, со стационарным пребыванием). Из них наиболее известны программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House.

И терапевтом, и учителем в ТС становится само сообщество, побуждающее следовать законам своего функционирования каждого новичка. ТС состоит из людей, равных друг другу, а штатный персонал выполняет роль проводника в процессе выздоровления. Тем не менее, успешные для реабилитации зависимых от ПАВ взрослых традиционные терапевтические сообщества с жестким режимом, основанным на авторитарности (первый тип), постоянно критикуются, как не вполне подходящие для реабилитации дезадаптированных детей, злоупотребляющих ПАВ.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направ-

ленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. То есть, содержание реабилитации определяется не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится ее формирование. Существенным является тезис о том, что потенциал развития ребенка велик и, по мере структурирования и раскрытия личности многие возрастные проблемы снимаются естественным образом. Это, в определенном смысле, устраняет основания для последующей наркотизации и приема других ПАВ.

Принципиальным является положение о том, реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, является комплексной, но, в значительной степени педагогической (воспитательной) деятельностью, и должна осуществляться бригадой специалистов (педагогов, психологов, медицинских и социальных работников). Создание необходимых условий для личностного роста и социализации ведет к компенсации состояния и возвращает несовершеннолетнего к нормативному жизненному циклу в обществе.

В качестве **цели реабилитации** рассматривается возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от психоактивных веществ, восстановления (или формирования) его нормативного личностного и социального статуса.

Достижение указанной цели осуществляется с помощью решения конкретных **задач реабилитации** несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

Основными задачами реабилитации являются:

1. Формирование у несовершеннолетнего мотивации (установок) на окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.
2. Формирование осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс и последующее участие в нем.
3. Коррекция и развитие структуры личности несовершеннолетнего через обеспечение позитивного личностного развития и приобретения социальной компетентности путем функционирования в условиях реабилитационной среды.
4. Создание в реабилитационном учреждении для несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемых личностных и поведенческих навыков (качеств), способствующих реадаптации и ресоциализации подростков.
5. Осуществление воспитательной и образовательной деятельности на всех этапах реабилитации с учетом особенностей несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.
6. Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение «срывов» и рецидивов.
7. Реорганизация жизненной среды, восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений с основными значимыми другими лицами, на основе работы как с самим несовершеннолетним, так и с его ближайшим социальным окружением.
8. Формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, правовой защиты и обеспечения социальной поддержки несовершеннолетнего.

Решение задач подобного рода начинается с диагностики, в процессе которой оценивается потенциал здоровья и личности несовершеннолетнего, злоупотребляюще-

го ПАВ, его возможностей с учетом сложившейся жизненной ситуации, возможностей социального взаимодействия с значимых других лиц (далее — ЗДЛ) и системы социальной поддержки, в которые он включен, то есть с учетом его реабилитационного потенциала (далее — РП). Это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, проницающая все стадии формирования зависимости от ПАВ и социального функционирования реабилитируемого, меняющаяся пропорционально интенсивности и долгосрочности реабилитационного процесса. Уровень РП — характеристика, позволяющая дифференцировано и оптимально использовать потенциальные возможности ребенка или подростка и реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий.

Реабилитация предполагает использование следующего ряда принципов при ее реализации.

Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях. Данный принцип предполагает получение согласия несовершеннолетнего реабилитанта (или его законного представителя) на участие в реабилитационном процессе. Согласие целесообразно зафиксировать подписанием между несовершеннолетним (и/или его законным представителем) — с одной стороны и реабилитационным учреждением — с другой, договора или контракта, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора.

Прекращение приема ПАВ. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ от всех основных видов ПАВ.

Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, «бригаде»).

Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и его закономерной динамики. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развернутый, завершающий (выход из реабилитационной программы).

Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно — ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно — ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо хронических конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у несовершеннолетних вырабатывается позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие.

Ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки. Важное значение имеет самостоятельное ответственное решение об отказе от ПАВ.

Включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Производится консультирование, диагностика и

коррекция проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ из ближайшего окружения несовершеннолетних. Участие ЗДЛ в процессе реабилитации специально оговаривается в контракте для работы с реально существующими проблемами.

Реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагается осуществление многосторонней поддержки социально-приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды. Сам по себе процесс реабилитации требует создания специальной реабилитационной среды, оказывающей терапевтическое воздействие на несовершеннолетнего.

Дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение несовершеннолетнего для включения в ту или иную программу с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

Непрерывная поддержка несовершеннолетнего. Несовершеннолетнему, злоупотребляющему ПАВ, оказывается комплексная социальная и личностная поддержка как на протяжении периода участия в реабилитационной программе, так и после ее завершения.

Конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право ребенка на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

В структурном отношении процесс реабилитации делится на три взаимосвязанных блока.

А. Блок, предшествующий основной программе реабилитации.

Б. Блок основной программы реабилитации.

В. Блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации.

А. Блок, предшествующий основной программе реабилитации.

Основная цель мероприятий, осуществляемых в этом блоке — консультирование и мотивационные воздействия.

Консультативную помощь несовершеннолетние, злоупотребляющие ПАВ, могут получить в самых различных структурах. К ним относятся:

- специальные консультативные пункты;
- телефоны доверия;
- комиссии по делам несовершеннолетних;
- образовательные учреждения;
- медицинские учреждения (как специализирующиеся, так и не специализирующиеся в оказании помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим ПАВ. При этом особое значение имеет организация консультативной помощи и проведение мотивирующих воздействий в учреждениях оказывающих наркологическую помощь, психиатрическую помощь, помощь при отравлениях, инфекционных заболеваниях печени);
- учреждения социальной помощи;
- организации, занимающиеся “уличной работой”;
- места досуга;
- общественные организации;
- группы само- и взаимопомощи;

— средства массовой информации.

Немалое значение имеет также информация, циркулирующая среди самих потребителей ПАВ.

Для оказания консультативной помощи в территориях должна быть подготовлена печатная продукция, содержащая соответствующую информацию. Работники соответствующих учреждений и организаций в ходе организации специальных тренингов и раздачи учебных пособий должны быть подготовлены к оказанию консультативной помощи и проведению мотивирующих воздействий несовершеннолетним.

Б. Блок основной программы реабилитации.

Чрезвычайно важно сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь несовершеннолетним решать проблемы медицинского, психологического и социального характера, связанные со злоупотреблением ПАВ. Бригада — это прежде всего функциональная система, для которой лица, зависимые от ПАВ, и члены их семей являются системообразующим фактором. Члены реабилитационной (педагог, врач, психолог, социальный педагог, социальный работник) бригады обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и подготавливать почву для постепенного перехода реабилитируемых несовершеннолетних лиц от медико-психологического к социальному этапу реабилитации.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Предпочтение следует отдавать проведению резидентской реабилитации подростков в условиях стационарного реабилитационного центра (далее — РЦ).

Программа реабилитации включает следующие основные компоненты:

- 1) организация реабилитационной среды;
- 2) психотерапевтический (психокоррекционный);
- 3) воспитательный;
- 4) образовательный;
- 5) социо-терапевтический.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Реабилитационная среда (далее — РС) создается для обеспечения “терапии средой”, при которой сам характер функционирования реабилитационного центра (РЦ) или иной реабилитационной структуры оказывает психокоррекционное воздействие. В РЦ создается и действует основной корректирующий механизм РС — коррекция поведения и личности в ходе совместного проживания. Работа эффективной реабилитационной терапевтической среды строится через особые совместные мероприятия: общие собрания, групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или в соответствии с внутренней иерархией.

Используются четкие правила, содержащие ряд ограничений, поощрений и наказаний.

Функционирование РС предельно структурировано, день заполнен множеством видов социально полезной активности.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ (ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ) КОМПОНЕНТ

Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может быть индивидуальной или групповой. Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может осуществляться как в рамках одной большой группы, включающей всех членов сообщества, так и в закрытых малых группах. Преиму-

щество отдается развивающим групповым психотерапевтическим (психокоррекционным) методикам, ориентированным на потенциальные ресурсы личности, обеспечивающим личностный рост и развитие. В ходе занятий закрепляются навыки конструктивного, содержательного общения, а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств.

Несовершеннолетние, по сравнению с взрослыми, менее способны к участию в традиционных терапевтических группах. Такие психотерапевтические (психокоррекционные) групповые занятия проводятся в ограниченных объемах, стоятся вокруг конкретных случаев и ситуаций. Основная форма групповых занятий — игровая, независимо от их содержательного наполнения конкретными психотерапевтическими техниками (методиками). Групповая работа должна проводиться не только с пациентами РЦ, а также с их родственниками (решение проблем созависимости, личностная коррекция).

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

За каждым педагогом закрепляется группа несовершеннолетних реабилитантов. Персонал выступает в качестве моделей значимых других лиц для подростков-реабилитантов. Обращение к несовершеннолетним с позиций нормативной ролевой модели активизирует соответствующие сферы личности и побуждает к ответственному поведению. Параллельно ведется работа с реальными значимыми другими лицами (далее — ЗДЛ), что оговаривается в условиях контракта.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

Реабилитируемые, находящиеся в РЦ, получают возможность продолжать свое образование либо в стенах самого РЦ, либо вне его. В РЦ рекомендуется создание условий для получения дополнительного образования.

СОЦИО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ

Обеспечение постоянной занятости несовершеннолетних реабилитируемых — основополагающий принцип реабилитации. Длительное применение социально — позитивных форм активности препятствует патологическому функционированию, содействует развитию нормативных частей личности и достижению социальной зрелости. Структурирование времени и обеспечение организованной занятости (до 14 часов в сутки) достигается через терапевтические занятия, самообслуживание, труд, обучение и досуг. Трудовые процессы в РЦ рассматриваются как часть развивающей среды, обеспечивающая постоянный тренинг трудовых навыков, прежде всего, выработку способности к регулярному труду.

Функционирование пациентов в РЦ в известной степени моделирует их функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. Социально-психологический тренинг осуществляется также в ходе групповых занятий.

По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций.

Важная часть социотерапевтических мероприятий — решение актуальных жизненных проблем несовершеннолетних, то есть социальная работа за пределами реабилитационной структуры.

ЭТАПЫ ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Программа реабилитации может быть рассчитана на период от 6 до 12 месяцев в зависимости от состояния реабилитируемого несовершеннолетнего. Программа ре-

абилитации состоит из 3 основных последовательных этапов ее реализации:

I. НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП.

Это “вход” в программу.

Продолжительность 1-го этапа — до 2 мес.

Основные задачи, решаемые на I-ом этапе:

- обследование, тестирование, консультирование
- усвоение больными правил организации жизнедеятельности РЦ;
- ориентация и адаптация в РЦ
- вовлечение в реабилитационную активность;
- формирование мотивации;
- компенсация возможных нарушений здоровья.

Какое-то время несовершеннолетний находится в положении наблюдателя и определяет для себя, готов ли он участвовать в деятельности данного РЦ.

На I-ом этапе реализации программы завершается обследование и диагностика и постепенно начинают использоваться все ее главные элементы.

II. ОСНОВНОЙ ЭТАП.

Продолжительность этапа — до 6-8 месяцев.

Основные задачи, решаемые на II-ом этапе:

- максимальная интеграция несовершеннолетних в режим жизнедеятельности и структуру РЦ, усвоение всех его норм и правил;
- активное участие в психокоррекционных и психотерапевтических мероприятиях;
- включенность в различные формы групповой работы и трудовые процессы;
- реализация воспитательных и образовательных программ;
- существенное улучшение здоровья.

Первая половина данного этапа обычно обозначается как фаза неустойчивого состояния. В ней наблюдается существенная зависимость несовершеннолетних от позитивного “давления” группы, среды, терапевтического режима — в связи с чем максимально активно используется вся шкала ограничений, позитивных и негативных санкций.

Вторая половина данного этапа рассматривается как фаза устойчивого состояния. Несовершеннолетние успешно функционируют в рамках РС, позитивно принимают ее стандарты — поощряется все большая личная ответственность, активность и автономность.

III. ЗАВЕРШАЮЩИЙ ЭТАП

Это “выход” из программы.

Продолжительность 3-го этапа — до 2-3 месяцев.

Основные задачи, решаемые на III-м этапе:

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

В начальном периоде ведется активная подготовка к выходу из РЦ — при условии продолжения проживания в нем с краткосрочными “дневными” выходами из РЦ.

В финальном периоде реализуются все более частые и длительные (до нескольких дней) выходы из РЦ, используется возможность работы или продолжения обучения вне РЦ.

В. Блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации.

Перед выходом из реабилитационной программы (или РЦ), реабилитационная бригада решает вопрос об обеспечении преемственности поддерживающих и противоречивых мероприятий, оказания социальной поддержки несовершеннолетнему.

Прежде всего, такая помощь несовершеннолетнему может быть оказана амбулаторным подразделением реабилитационного учреждения. В тех случаях, если несовершеннолетний состоит на учете в наркологическом диспансере или психоневрологическом диспансере и был ими направлен в реабилитационную структуру, то, по согласованию с родственниками он может находиться под наблюдением таких диспансеров.

Несовершеннолетний может быть также направлен в МППК и центры социальной поддержки по месту жительства.

Одной из основных задач третичной профилактики является возвращение несовершеннолетних, прошедших лечение и реабилитацию, в образовательные учреждения.

Несмотря на то, что несовершеннолетний и по завершению основной программы реабилитации, всегда должен иметь принципиальную возможность вернуться в реабилитационную структуру или посещать ее время от времени, например, по выходным дням, главное содержание данного блока — работа с реальной жизненной ситуацией и средой пациента.

Если проживание в реальных условиях преждевременно или опасно для несовершеннолетнего, ему должно быть предоставлено защищенное жилье. Это могут быть

так называемые “дома на полпути”, общежития, иные молодежные структуры. Развитие этого направления реабилитации связано также с формированием других подразделений социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры). В настоящее время для развития этого направления работы этого появилась полная законодательная основа, а именно, Федеральный закон “О государственной системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних”.

Однако, на практике несовершеннолетний возвращается в свою собственную родительскую семью. При этом критическое важной становится способность семьи стать для несовершеннолетнего продолжением реабилитационной среды.

Эффективность реабилитационного воздействия оценивается в его этапной динамике — на основе специального тестирования, а также данных мониторинга. Оценка имеет системный характер: воздержание от ПАВ является важным, но не единственным показателем, оцениваются и показатели качества жизни. Основной показатель — возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении.

Список литературы

1. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1997.—140 p.
2. Farquharson G. Adolescents, Therapeutic Communities and Maxwell Jones. International Journal of Therapeutic Communities, 1991.—12. —2—3.