

## Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»;  
e-mail: shaidukova@list.ru

ХАЛАБУДА Л.Н. председатель координационного совета «Профилактика и инициатива» Республики Татарстан;  
e-mail: initiative-rt@inbox.ru

*На примере одного из социально-реабилитационных центров (СРЦ) г.Казани авторы подвергают анализу современную модель реабилитации в СРЦ, которая заключается в сочетании терапии средой с семейной и индивидуальной психотерапией, проведением разнонаправленных психокоррекционных тренингов с последующей трудовой профориентацией и социализацией.*

*Ключевые слова: наркозависимые, социальная реабилитация, семейная терапия*

**П**роблема роста наркотизации населения и развития нозологически оформленного заболевания у лиц молодого возраста стоит по-прежнему очень остро. Не перечисляя всех возможных причин этого процесса, которые были проанализированы и обсуждены в печати, можно отметить лишь некоторые, оставшиеся без внимания специалистов:

- обогащение «ассортимента» на рынке наркотической продукции с появлением синтетических наркотиков;
- облегчение доступа к соответствующей информации по Интернету, обмен аддиктивными «впечатлениями» на сайтах;
- усовершенствование доставки наркотоваров для потребителей, её быстрота, доступность, отработанные схемы транспортировки;
- гибкость системы наркоторговли с появлением так называемых легальных веществ, защищенных от действия законодательства;
- проникновение подобного товара в географически отдалённые регионы, а также в места лишения свободы;
- сбыт «элитарных» наркотиков в специфических социальных слоях крупных мегаполисов.

Вероятно, здесь перечислены не все причины сохранения актуальности наркологической тематики у нас в стране, так как существует скрытая, порой недоступная для анализа мотивация употребления психоактивных веществ (ПАВ): это отмечаемые психиатрами латентные депрессивные тенденции в современном обществе в целом и среди молодежи в частности; модные аутодеструктивные тенденции, своеобразная «философия наркотизма» и «психология кризиса», экзистенциальные проблемы молодого поколения. СРЦ становятся в подобных условиях как никогда востребованными.

Необходимо отметить, что процесс реабилитации наркозависимых претерпел существенные изменения

за последние 20 лет, что объясняется накоплением опыта наркологами, психологами, психотерапевтами — всеми «реабилитологами», работающими с данным контингентом лиц. Появились научные разработки, позволяющие подойти к реабилитации наркозависимых как к интегративному медико-социальному процессу; обозначились концептуальные модели реабилитации, впоследствии проверенные практикой [1—7]; возникла обратная связь, что позволило проанализировать допущенные ошибки и наметить иную стратегию; сформировалось взаимодействие с международными сообществами; наконец, появился пласт людей — многолетних ремиттентов, работающих волонтерами и способных на собственном примере доказать возможность воздержания от употребления наркотиков.

*Цель настоящей публикации* — анализ современной модели реабилитации пациентов с наркотической зависимостью в социально-реабилитационном центре на примере СРЦ «Роза ветров» МПГУ «Подорожник» г.Казани как одного из оптимальных центров. Он был создан на основе опыта семейной борьбы его основателей с наркоманией и зависимым поведением в собственной семье с формированием многолетней (10 лет) ремиссии и экстраполированием данного опыта на других пациентов.

Реабилитационный процесс включает в себя медицинские, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, которые образуют единый комплекс, однако осуществляются в различных по структуре и ведомственной принадлежности учреждениях [4]. Как правило, медицинский этап реабилитации проводится в стационарных отделениях наркологических диспансеров, медико-психологический этап — в специальных реабилитационных отделениях этих учреждений, вышеназванный центр «Роза ветров» проводит поддерживающую трёхмесячную реабилитацию после первых двух этапов, которая имеет отчётливую социальную направленность. Тем не менее, проводя

третий, завершающий курс реабилитации, в Центре продолжают закреплять полученные ранее знания и навыки наряду с формированием новых.

*Из первого, медицинского, этапа* остаётся актуальной тематика, связанная с полученной во время наркотизации медицинской патологией; кроме практических консультаций специалистов общесоматического профиля осуществляются чисто теоретические задачи в форме лекций и обсуждений тем «Соматические расстройства как результат злоупотребления психоактивными веществами», «Болевой синдром в структуре абстинентных расстройств», «Рецидивы первой недели, первого месяца, первого года: анализ возможных причин», «Расстройства сна — причины, клиника, лечение, рецидивирование», «Болезни—спутники наркомании», «Восстановление функций печени при гепатитах», «Проблема инфицирования при наркомании» и т.д.

*Из второго, медико-психологического, этапа* не теряет актуальность ряд положений, касающихся личностных отклонений, аффективных нарушений в ситуации, когда действие ПАВ прекратилось, а интеграция в микро- и макросоциальные сообщества (семья, друзья, коллектив) затруднена.

Обсуждаются проблемы «пограничной личности» в условиях стресса, создаются экспериментальные модели стресса и психотравм, способных провоцировать рецидив; определяются модусы поведения в ситуации фрустрации, выясняются особенности депрессивных расстройств у наркозависимых (темы «Ангедоническая депрессия», «Тревожная депрессия», «Апатическая депрессия», «Маскированная депрессия»), дифференцируются «парадепрессивные» проявления в виде скуки, аномии, лени, дефицита любознательности, слабости мотиваций.

*Целью третьего, психосоциального, этапа* являются, как обозначено в программе Центра, «восстановление, коррекция и формирование новых социальных качеств больного с учётом наличия хронического наркологического заболевания». Основной задачей является «возвращение наркозависимого в общество». Пациенты (здесь они обозначены «клиентами») делятся на 3 категории:

- 1) клиенты, находящиеся в реабилитационной программе до 1,5 мес.;
- 2) клиенты, находящиеся в реабилитационной программе от 1,5 до 3 мес.;
- 3) консультанты, волонтеры и стажеры центра, прошедшие трёхмесячный курс реабилитации.

Структура учреждения соответствует его профилю: возглавляет СРЦ директор, в штат входят психологи-педагоги, медицинские психологи, должности специалистов по социальной работе занимают консультанты — лица, прошедшие реабилитационную программу и имеющие ремиссионный стаж 6 мес.;

им помогают волонтеры — лица, прекратившие употреблять ПАВ (стаж 3 мес.) и продолжающие реабилитационную программу.

У каждой группы свои задачи и приоритеты. В «начальной группе» (до 1,5 мес. ремиссии) — это приобретение навыков практического использования программы «12 шагов», усвоения способов конструктивного общения и управления эмоциями, постановки целей и их решения, планирования времени и достижения результатов. В «средней группе» (1,5—3 мес. ремиссии) усвоенные навыки общения в группе переносятся в условия семьи, а также в отношении противоположного пола; рассматриваются менее утилитарные и более духовные вопросы веры, смысла жизни, жизненного предназначения, изучаются возможности профориентации. В третьей группе волонтеров и стажеров (свыше 3 мес. ремиссии) осуществляется обучение ведения клиентов, профессионального оказания психологической помощи, обсуждаются вопросы личностного роста. Реабилитационная работа проводится в четырёх направлениях:

- 1) терапия реабилитационной средой и занятостью;
- 2) разнообразные тренинги;
- 3) групповая и семейная психотерапия;
- 4) осуществление трудовой социализации профессиональной ориентации.

**Реабилитационная среда** — это особый поведенчески скорректированный микросоциум, окружающий ремиттента; микросреда, в которой он проживает, с которой общается и в которой строит свою деятельность. Социально-реабилитационный центр «Роза ветров» занимает особое место среди других аналогичных Центров, так как он уже не «закрыт», но еще недостаточно «открыт», и это является осознанной реабилитационной стратегией основателей центра, внутренней политикой, прописанной в «Договоре». Как известно, в последние годы сформировались разного рода Центры открытого, полукрытого и закрытого типа. Одни напоминают «центры-клиники», другие — «центры-коммуны», третьи больше похожи на «центры-секты».

Анализируемый нами Центр имеет открытые контуры, но закрытые для постороннего вмешательства внутренний устав, распорядок, иерархичность, обязательность выполнения требований. Внутри него выделяются позитивные групповые лидеры, структурируются групповые роли, коллегиально решаются аспекты поощрения и наказания, обсуждаются вопросы обязанностей и дисциплины. Закрытый для негативно влияющих извне бывших «аддиктивных соратников» центр, открыт для лиц, проходящих реабилитацию в других учреждениях, для лиц из сообществ АА и АН. Терапия реабилитационной средой неотделима

от терапии занятостью (обязанности, режим, правила, трудовые роли).

**Тренинги** — комплекс психокоррекционных мероприятий, который, вероятно, есть в любом центре, однако в данном преобладают тренинги, направленные на социализацию, профессиональную ориентацию. «Тренинг решения проблем» состоит из шести занятий: два из них посвящены умению «превращать проблему в цель», три — проблеме ресурсов (инвентаризация числа личностных ресурсов, ревизия во времени и динамике, применение ресурсов в микросоциуме); одно занятие направлено на тренинг работоспособности и умению конструктивно взаимодействовать с социальными сетями. Большой блок тренингов посвящен проблеме «работы с чувствами». Научно доказано, что среди потребителей ПАВ больше алекситимиков и социофобов, чем в общей популяции, что по эндогенным механизмам мотивирует на прием наркотиков как средств, «разблокирующих» алекситимию и коррегирующих социофобию. Распознавание чувств, их регуляция, позитивизация, определение манипуляций чувствами (как своих, так и окружающих), выработка «осторожного доверия» — вот неполный перечень навыков, вырабатываемых на тренинге.

Еще один блок осуществляет «Тренинг социальных ролей». Лекционно предоставляется информация о социальных ролях, негативно окрашенной стигматизации (стигма «наркомана»), ролевом поведении и ролевых ожиданиях. Социальная направленность подобного тренинга выражается в его тематике: «Организация конференции», «Кадровое агентство», «Собеседование». Следующий «Тренинг общения» продолжает процесс виртуальной социализации, создавая модели реальных ситуаций. Упражнения вырабатывают способность к вербальному и невербальному общению, позволяют корректировать мышечные блоки и распознавать пантомимическую информацию, развивают умение слушать, вступать в дискуссию, отстаивать свою точку зрения, подстраиваться под собеседника (используются такие элементы нейролингвистического программирования, как «отзеркаливание» и «якорение»).

Обсуждаются важные для «аддиктивно-зависимой личности» проблемы: страх сказать «нет» в ответ на требования, страх критики, страх настоять на своём, чувство вины за уверенное поведение, дискомфорт от похвалы. В связи с нестабильной самооценкой и нарушенной саморегуляцией у большинства наркозависимых проводятся занятия в этом направлении.

Часть тренинга посвящена конфликтологии — моделируются типы конфликтов и способы разрешения основных вида конфликта — конфликт с самим собой (интраперсональный) и с окружающим миром (интер-

персональный). Упражнения и ролевые игры раскрывают как источник конфликтов (несомненно, внешний, скрытые источники обсуждаются во время индивидуальной психотерапии), так и возможные способы их решения. Например, одной из причин возникновения конфликтов у наркозависимых являются черты характера — нетерпимость и нетерпеливость, из-за которых они порой не могут удержаться ни в социуме, ни в рамках конкретной реабилитационной группы как экспериментальной модели социума. Упражнение «Уйти, чтобы остаться» в игровой форме корригирует дезадаптирующие черты характера.

«Тренинг личностного роста», по сути, является интегративной формой позитивной психотерапии, основанной на формировании позитивного мышления и опыта (переход от «образов препятствий» к «образу успехов»). Используется еще один вариант психотерапевтического воздействия — релаксация. Его применение вполне уместно у зависимых от ПАВ лиц, у которых, по меткому определению известного психолога Энтони Кемпински, «чередуются два состояния — спешка и скука» Принятая в Центре программа «ментального тренинга» обучает в состоянии глубокой мышечной релаксации актуализировать прошлый позитивный опыт.

**Семейная и групповая психотерапия** осуществляется по двум направлениям: работа с семьёй через клиента и работа с клиентом через семью. Семейная психотерапия — довольно сложная задача, так как в дисфункционально-аддиктивной семье проблемы возрастают не в арифметической, а в геометрической прогрессии, — речь идёт не о простом сложении личностных проблем каждого из членов, а о дискордантно-дисгармоничном патологическом функционировании семьи в целом. С родственниками наркозависимых обсуждаются проблемы созависимого поведения, возможные варианты манипулятивных проявлений как у самих наркозависимых, так и у окружающих их лиц; границы ауто- и гетеродеструкции (нестандартная тема: «Нарушения сна у созависимых родственников больных наркоманией» [8]). С родителями клиентов прорабатываются и медицинские аспекты наркоманий, проводится «микроликбез» по аддиктологии с акцентированием личностных изменений их детей в процессе наркотизации, деформации психических сфер и способов ремиссионной коррекции [10]. Это рационально-дидактическая форма психотерапии необходима для снижения напряжённости эмоционального фона в семье и придания научности проблеме, которая является унифицированной для всех наркозависимых и их семей. В период воздержания от злоупотребления в семье наркозависимых могут возникнуть специфические феномены, изученные нами и опубликованные в научной печати [9], являющиеся

объектом обсуждения совместно с членами этих семей:

- сужение кругозора созависимых до сугубо аддиктивных проблем;
- возникновение «мистического» мышления, вера в чудесное исцеление с помощью «целителя», «чудо-лекарства», «чудо-способа»;
- формирование стилей поведения «опекуна» или «жертвы», повышенный контроль за ремиттентом;
- провоцирующее поведение, возникающее у созависимых как проявление «страха перемен»;
- фиксация на неудачах родителями, декларация негативных проявлений, сопоставление с прошлым неудачным опытом;
- закрепление готовности к провалам «спасительных» программ, формирование «запрограммированности на неудачу»;
- ожидание рецидива заболевания созависимыми.

Как уже было отмечено выше, в данном Центре главный акцент делается на **трудоустройстве и профориентации**, формируются модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения в профессиональную жизнь. Для этих целей разработан тренинг самопрезентации с помощью развития индивидуального речевого стиля: упражнения «дар убеждения», «представление», ролевые игры «собеседование с работодателем», «повышение и увольнение». Программа Центра определяет цели трудовой социализации: это повышение качества и устойчивости ремиссии наркозависимых; полноценная интеграция наркозависимых в социум. Требования к целевой группе следующие: «участниками программ трудовой социализации могут быть наркозависимые, прекратившие употребление ПАВ, со сформированными осознанием болезни и навыками предотвращения срыва. Для наркозависимых, находящихся в состоянии неустойчивой ремиссии и не обладающих навыками профилактики срывов, участие в программах трудовой социализации преждевременно». Составными элементами трудовой социализации являются:

- мотивационная работа (сопровождение наркозависимого из лечебно-реабилитационных центров в программы трудовой социализации);
- психокоррекционные программы;
- программы временного трудоустройства;
- сопровождение в процессе трудоустройства;
- сопровождение после трудоустройства.

Психокоррекционные программы предназначены для коррекции нарушений первичной и вторичной социализации; нарушений, обусловленных наркотической зависимостью. Программы временного трудоустройства — это предоставление временной работы сроком на 1 день в неделю, 2—3 дня в неделю, 2—3 мес., при этом участие в реальных трудовых от-

ношениях сочетается с программой социально-психологического сопровождения. Программа сопровождения позволяет наркозависимым попробовать себя в реальных трудовых отношениях и «вернуться» в реабилитационный процесс, где они имеют возможность проанализировать свои поступки, мысли, проработать своё состояние на группе и в дальнейшем использовать полученные знания и навыки.

Участие в проектах временного трудоустройства позволяет:

- 1) морально и физически подготовиться к реальным трудовым отношениям в социальной среде;
- 2) не отрываясь от реабилитации, собрать полный пакет документов для трудоустройства;
- 3) заработать на «карманные» расходы, оставаясь волонтерами в реабилитационных программах.

Кроме этого, временная работа даёт возможность оценить качество выздоровления клиентов вне стен реабилитационных программ, выявить скрытое сопротивление лечению и проблемы, которые не проявляются в стенах реабилитационного учреждения, а официальное заключение трудовых договоров позволяет «оттянуть» наркозависимого от привычного для него «серого» рынка труда. Время участия наркозависимого в проектах временного трудоустройства может быть различным (от 1—2 мес. до 1—2 лет) и зависит от уровня реабилитационного потенциала. Сопровождение в процессе трудоустройства включает в себя информирование о вакансиях, индивидуальное и групповое консультирование в процессе самостоятельного трудоустройства, организацию взаимодействия с центром занятости по трудоустройству конкретного клиента.

Таким образом, современная модель реабилитации в социально-реабилитационном центре заключается в сочетании терапии средой с семейной и индивидуальной психотерапией, проведением разнонаправленных психокоррекционных тренингов, последующей трудовой профориентацией и социализацией.

## Список литературы

1. Букреева Н.Д. Организационные и экономические аспекты реабилитации больных наркоманией // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С. 87—90.
2. Валентик Ю.В. с соавт. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Наркология. — 2002. — С. 43—47.
3. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества — основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманией // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — С. 80—86.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

---

4. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельников Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001. — 38 с.
5. Казаковцев Б.А., Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Психосоциальная реабилитация пациентов с синдромом зависимости, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре // Наркология. — 2002. — №11. — С. 12—18.
6. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркозависимость и медико-социальные последствия стратегии профилактики и терапии. — Казань, 2003. — №1. — С. 40—42.
7. Халабуда Л.Н., Семенов С.В., Домрачева А.Ю. Мотивационные стратегии и их использование в психотерапевтических программах раннего этапа реабилитации наркоманов // Наркозависимость и медико-социальные последствия стратегии профилактики и терапии. — Казань, 2003. — №1. — С. 207—209.
8. Шайдукова Л.К. с соавт. Нарушения сна у созависимых родственников больных наркоманией // Неврологический вестник. — 2004. — Т. XXXVI. — Вып. 3—4. — С. 68—70.
9. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Преклинические изменения поведения у созависимых родственников больных опийной наркоманией // Российский психиатр. журнал. — 2004. — №6. — С. 33—36.
10. Шайдукова Л.К., Коблова Е.В. Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — №2. — С. 5—9.

## MODEL OF REHABILITATION OF DRUG ADDICTS IN THE MODERN SOCIAL AND REHABILITATION CENTRE

**SHAIUKOVA L.K.** Dr.Med.Sci., Professor, Kazan State Medical University;  
e-mail: shaidukova@list.ru; www.shaidukova.narod.ru

**KHALABUDA L.N.** e-mail: initiative-rt@inbox.ru

On the example of one of the social and rehabilitation centers of Kazan the authors analyze the modern model of rehabilitation in the Social and Rehabilitation Centre (SRC), which is a combined therapy of familial and individual psychotherapy, multidirectional psychocorrectional trainings in their own entourage (society) with the following labor career guidance and socialization.

Key words: drug abusers, social rehabilitation, family psychotherapy