

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист психиатр-нарколог
Департамента здравоохранения
города Москвы

А.В. Масыкин

«18» сентября 2025 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 3



«18» сентября 2025 г.

**ПРОГРАММА
ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА, СВЯЗАННОГО С
ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ РОДИТЕЛЯМИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ**

Методические рекомендации № 8

Москва 2025

УДК 616-053.4

ББК 51.12

П 143

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

Составители: Масыкин А.В., Сазонова А.С., Деменко Е.Г., Аршинова В.В., Кирюшина Е.Е., Сафонцева С.В., Радионова М.С.

Рецензенты:

Агибалова Т.В. – д. м. н., главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»;

Рычкова О.В., д. психол. н., профессор факультета Консультативной и клинической психологии МГППУ.

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей: методические рекомендации / составители: А.В. Масыкин, А.С. Сазонова, Е.Г. Деменко [и др.]. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» – 2025, 132 с.

Методические рекомендации «Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей» подготовлены с учетом проводимой в Российской Федерации социальной и семейной политики по защите прав и законных интересов ребенка, по формированию у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни. Методические рекомендации подготовлены в рамках НИР «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи».

Методические рекомендации предназначены для врачей – психиатров-наркологов, психотерапевтов, врачей-педиатров, врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), организаторов здравоохранения, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и других специалистов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISSN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2025

© Коллектив авторов, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ.....	4
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	10
ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ ПРОГРАММЫ.....	13
ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ.....	14
АЛГОРИТМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ.....	14
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	24
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	26
П Р И Л О Ж Е Н И Я	30
Приложение 1. Регламент	31
Приложение 2. Профилактическое консультирование.....	47
Приложение 3. Анозогнозия. Диагностика анозогнозии.....	52
Приложение 4. Мотивационное консультирование.....	63
Приложение 5. Информационно-просветительские материалы.....	68
Приложение 6. Цикл занятий «Здоровая семья»	73
Занятие 1. Семья и ее функции	75
Занятие 2. Ответственность родителей за детей. Стили воспитания.....	79
Занятие 3. Влияние употребления ПАВ на взаимодействие в семье.....	83
Занятие 4. Семейные роли.....	88
Занятие 5. Переход от неблагополучной к здоровой семье.....	92
Занятие 6. Этапы развития ребенка	100
Занятие 7. Здоровый образ жизни – главное в развитии детей	108
Занятие 8. Трудности общения в семье.....	114
Занятие 9. Семейные кризисы и конфликты	119
Занятие 10. Как справляться со стрессом.....	123
Занятие 11. Службы поддержки семьи и детства, группы самопомощи	129
Итоговая анкета участника группы	132

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ

- Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 31.07.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.10.2023)
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изм. и доп., вступ. в силу с 21.11.2022)
- Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.05.2024)
- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.12.2023)
- Указ Президента РФ от 23.11.2020 № 733 «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2030 года»
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23.01.2021 № 122-р «Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.05.2023 № 208н/432н «Об утверждении порядка прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями)
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2022 № 372н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (психотическое расстройство)
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2022 № 373н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ

- (абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием) (диагностика и лечение)»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2022 № 374н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (пагубное (с вредными последствиями) употребление) (диагностика и лечение)»
 - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2022 № 375н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при острой интоксикации психоактивными веществами (диагностика и лечение)
 - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2022 № 388н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. № 1034н»
 - Приказ Минздрава России, Минтруда России, МВД России от 19.12.2022 № 796н/788н/962 «Об утверждении Правил организации деятельности специализированных организаций для оказания помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения»
 - Закон города Москвы от 28.02.2007 № 6 «О профилактике наркомании и незаконного потребления наркотических средств, психотропных веществ в городе Москве»
 - Закон города Москвы от 23.11.2005 № 60 «О социальной поддержке семей с детьми в городе Москве»
 - Закон города Москвы от 09.07.2008 № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве»
 - Закон г. Москвы от 13.04.2005 № 12 "Об организации деятельности комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав" (с изм. и доп., вступ. в силу с 29.04.2019)
 - Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. от 21.03.2023) «Государственная программа города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи»

- Постановление Правительства Москвы от 06.09.2011 № 420-ПП (ред. 492-ПП от 29.03.2022) «Государственная программа города Москвы «Социальная поддержка жителей города Москвы» Подпрограмма «Социальная поддержка семей с детьми. Профилактика социального сиротства и защита прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»
- Постановление Правительства Москвы от 23.09.2011 № 443-ПП (ред. от 14.03.2023) «Государственная программа города Москвы «Безопасный город». Подпрограмма «Обеспечение правопорядка и профилактика правонарушений»
- «План мероприятий («дорожная карта») по профилактике социального сиротства в городе Москве на 2022–2025 годы», утв. Московская городская межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав от 23.12.2021 № 04/21
- Регламент межведомственного взаимодействия в сфере выявления социального неблагополучия детей и организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их законными представителями на территории города Москвы, утв. Протоколом заседания Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от «15» декабря 2022 г. № 04/22
- Письмо Минобрнауки России от 01.12.2015 № ВК-2969/07 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями о порядке признания несовершеннолетних и семей находящимися в социально опасном положении и организации с ними индивидуальной профилактической работы»)

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

Амбивалентность – двойственность, противоречивость отношения к чему-либо, свойственна большинству людей, поведение которых определяется различными, иногда противоречащими мотивами.

Анозогнозия – отрицание наличия болезни, в частности отрицание наркологическими больными зависимости от психоактивных веществ, отказ от лечения, убежденность, что они в состоянии самостоятельно справиться со всеми проблемами. Лежат в основе несвоевременного обращения родителей несовершеннолетних детей за наркологической помощью.

Безнадзорный – несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц города Москвы.

Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, – дети, оставшиеся без попечения родителей, дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Дети, нуждающиеся в помощи государства, – дети, еще не лишившиеся родительского попечения, находящиеся в обстановке, представляющей действиями или бездействием родителей (иных законных представителей) угрозу их жизни или здоровью либо препятствующей их нормальному воспитанию и развитию.

Индивидуальная профилактическая работа – деятельность по своевременному выявлению несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, а также по их медико-социальной реабилитации и (или) предупреждению совершения ими правонарушений и антиобщественных действий.

Комплексная профилактическая работа с семьей – комплекс мероприятий, отражающих согласованные действия органов и учреждений системы профилактики, направленные на своевременное выявление несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, их социально-педагогическую реабилитацию и (или) предупреждение совершения ими правонарушений и антиобщественных

действий. Она реализуется на основании постановлений комиссий либо планов (программ), утверждаемых комиссиями.

Мотивационное консультирование – это ориентированный на личность пациента сопереживающий стиль консультирования, используемый специалистами для повышения готовности к изменению поведения, мышления и жизненного стиля человека. Этот стиль общения помогает пациенту, без осуждения и конфронтации с ним, осознать и разрешить противоречивое, двойственное (позитивное и негативное) отношение к употреблению психоактивных веществ и постепенно избавляться от рискованного поведения.

Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении, – лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия;

Семейное неблагополучие – комплекс обстоятельств, сложившихся в семье, имеющей детей, следствием которых является создание или возможность создания действиями или бездействием родителей (иных законных представителей) обстановки, представляющей угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующей их нормальному воспитанию и развитию, и (или) утраты детьми родительского попечения.

Семья, находящаяся в социально опасном положении, – семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение, либо жестоко обращаются с ними;

Семья, находящаяся в трудной жизненной ситуации, – семья, жизнедеятельность которой объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств (при отсутствии оснований для признания семьи, находящейся в социально опасном положении, и которая не может преодолеть данные обстоятельства самостоятельно).

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ занимает в системе ценностей ведущее место; заболевание мозга, сходное по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом психических и поведенческих расстройств, являющихся

результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды.

Созависимость – это патологическая форма взаимоотношений, характеризующаяся глубокой поглощенностью и всесторонней вовлеченностью в жизнь другого человека, чаще всего зависимого от алкоголя, наркотиков, азартных игр. Проявляется эмоциональными и поведенческими отклонениями, нарушениями социальной адаптации.

Социальное сиротство – социальное явление, при котором несовершеннолетние остаются без родительской заботы при живых биологических родителях, когда родители лишены судом родительских прав, отказались от ребенка после его рождения, родители, признанные недееспособными или безвестно отсутствующими, родители, не участвующие в воспитании детей длительное время без уважительных причин, родители, жестоко обращающиеся с детьми.

СОКРАЩЕНИЯ

ДЗМ	– Департамент здравоохранения города Москвы
ДТЭСЗН	– Департамент труда и социальной защиты населения
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
ИПР	– индивидуальная профилактическая работа
КДНиЗП	– Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
МК	– мотивационное консультирование
ПАВ	– психоактивное вещество, влияющее при его употреблении на функции центральной нервной системы и приводящее к изменению психического состояния человека вплоть до измененного сознания, развитию психической и физической зависимости
ПДН	– подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел
ПК	– профилактическое консультирование
ТЖС	– трудная жизненная ситуация

ВВЕДЕНИЕ

Социальное сиротство остается одной из главных социальных проблем современного российского общества. В течение 2022 г. к административной ответственности за неисполнение обязанностей по воспитанию детей в соответствии с частью 1 статьи 5.35 КоАП РФ было привлечено 436 771 лиц (2021 г. – 435 649; 2020 г. – 438 782), за нанесение побоев – 4 844 (2021 г. – 4358; 2020 г. – 4182), за вовлечение несовершеннолетних в употребление алкогольной и спиртосодержащей продукции, новых потенциально опасных психоактивных веществ или одурманивающих веществ в соответствии с частью 2 статьи 6.10 КоАП РФ – 640 (2021 г. – 601; 2020 г. – 568), за вовлечение несовершеннолетних в процесс потребления табака в соответствии с частью 2 статьи 6.23 КоАП РФ – 333 (2021 г. – 285; 2020 г. – 260). На конец 2022 г. на учете в органах внутренних дел состояло 134 915 родителей или иных законных представителей несовершеннолетних (2021 г. – 132 700; 2020 г. – 128 090). Крайней мерой реагирования в случае злостного уклонения от исполнения родительских обязанностей является лишение родительских прав. В 2022 г. по материалам, подготовленным с участием органов внутренних дел, родительских прав лишены 4 178 лиц (2021 г. – 3 858; 2020 г. – 3 932)¹.

Основной причиной социального сиротства на протяжении многих лет является злоупотребление алкоголем, алкоголизм и наркомания родителей несовершеннолетних детей, их отказ от обращения за своевременной наркологической помощью, медико-социальные последствия прогрессирования болезненного пристрастия без получения специализированного лечения, деградация личности, и как результат – пренебрежение родительскими обязанностями. Подобные семьи, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними, находятся в социально опасном положении (СОП) в соответствии со ст. 1 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Дети, воспитывающиеся в таких семьях в условиях постоянных конфликтов, стресса, отсутствия родительской любви, в ненадлежащих бытовых условиях, а нередко – насилия и жестокого обращения, относятся, по мнению специалистов, к «группе множественного риска»: у них чаще выявляются

¹ Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2022 год. // Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, М., 2022

психоневрологические и соматические патологии и асоциальное поведение, склонность к суицидальным и несуйцидальным паттернам аутоагрессивного поведения².

Проживание с родителями, употребляющими психоактивные вещества (ПАВ), вредит интересам ребенка, и для защиты его прав требуется постороннее вмешательство. В частности, в соответствии с п.д. ст. 69 Семейного кодекса РФ, родители могут быть лишены судом родительских прав, если они «являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией», что подтверждено соответствующими медицинскими документами. В чрезвычайных обстоятельствах, если уполномоченные органы (органы опеки и попечительства) приходят к выводу об угрозе жизни или здоровью ребенка, его изымают из семьи во внесудебном порядке, в соответствии со ст. 77 Семейного кодекса РФ.

Однако следует помнить, что изъятие ребенка из семьи и помещение в другую среду жизнедеятельности является большим психическим потрясением, приводящим зачастую к усилению его дезадаптации. Поэтому максимум усилий, направленных на сокращение социального сиротства, прилагается к восстановлению воспитательного потенциала семьи, находящейся в социально опасном положении. Ситуация осложняется тем, что родители, злоупотребляющие ПАВ, не мотивированы обращаться за профессиональной помощью, так как не всегда понимают, что она им нужна. Напротив, они оказывают сопротивление любым вмешательствам, не желая изменений в своей жизненной ситуации. При этом длительная алкоголизация или потребление наркотиков приводит к эмоциональной лабильности, нарушениям памяти, мышления, нарастанию истощаемости, импульсивности, раздражительности, пассивности. В эмоциональном состоянии лиц, злоупотребляющих ПАВ, преобладают переживания депрессивного характера с чувством вины, опустошенности и малоценности. У них доминируют ближние мотивы, дальняя мотивация редуцируется, что затрудняет построение жизненных перспектив и преодоление состояния апатии, душевной лени и безразличия по отношению как к своей жизни, так и к жизни и здоровью своих детей.

В связи с перечисленными особенностями лиц, злоупотребляющих ПАВ, профилактика социального сиротства в семьях, злоупотребляющих ПАВ, требует проведения мероприятий, направленных на:

² Новосёлова Е.Н. К проблеме чрезмерного потребления алкоголя в российских семьях // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2020. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-chrezmernogo-potrebleniya-alkogolya-v-rossiyskih-semyah> (дата обращения: 16.07.2024)

- преодоление анозогнозии, признание болезни и необходимости обращения за медицинской помощью;
- мотивирование на лечение и медицинскую реабилитацию;
- соблюдение режима диспансерного наблюдения;
- отказ от потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- формирование у них приверженности к ведению здорового и трезвого образа жизни;
- формирование навыков ответственного родительства, нормативного воспитания детей;
- снижение у близкого окружения проявлений созависимых отношений.

Исходя из вышесказанного должна строиться индивидуальная профилактическая работа с семьей.

Учреждения здравоохранения активно включаются в работу по созданию системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и определению своего участия в ней.

На основании опыта сотрудничества медицинских организаций наркологического профиля с другими субъектами – органами и учреждениями, входящими в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, разработана программа «Профилактика социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей» (далее – Программа).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Целью Программы является снижение уровня социального сиротства посредством оказания своевременного профилактического вмешательства и оказания медико-социальной, наркологической и реабилитационной помощи семье, находящейся в социально опасном положении, связанном с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей (далее – Семья).

Достижение поставленной цели требует решения **основных задач**:

1) организация межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями, входящими в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, на основе локальных нормативных правовых актов;

2) организация и проведение профилактического консультирования Семьи в целях преодоления анозогнозии и мотивации на обращение за наркологической помощью;

3) организация и проведение цикла занятий «Здоровая семья» для пациентов наркологической службы в рамках оказания лечебно-реабилитационной наркологической помощи родителям, имеющим несовершеннолетних детей;

4) организация и проведение цикла занятий «Здоровая семья» для членов семьи в рамках оказания социально-психологической помощи по преодолению созависимости;

5) обучение (повышение квалификации) специалистов, работающих с семьями, где родители (родитель) несовершеннолетних детей имеют проблемы с употреблением ПАВ.

Согласно ст. 4 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», субъектами – органами и учреждениями, входящими в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, являются не только органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения, но и комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и органы и учреждения социальной защиты населения, опеки и попечительства, органы по делам молодежи, органы внутренних дел и др.

Координирующая роль в организации взаимодействия всех субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, в том числе по предупреждению социального сиротства, принадлежит комиссиям по делам несовершеннолетних и защите их прав.

ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ ПРОГРАММЫ

Для достижения поставленных цели и задач необходим комплексный подход ко всем участникам программы, включая родителей/законных представителей, злоупотребляющих психоактивными веществами и имеющих несовершеннолетних детей, членов их семей и специалистов, оказывающих медицинскую и социальную помощь семье.

1. Родители несовершеннолетних детей, имеющие проблемы с потреблением ПАВ, и члены их семей (созависимые):

1.1. Родители, состоящие на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) из-за невыполнения ими родительских обязанностей, связанных с потреблением ПАВ;

1.2. Родители – пациенты наркологической службы, имеющие несовершеннолетних детей;

1.3. Созависимые члены семей.

2. Специалисты межведомственного взаимодействия:

2.1. Специалисты КДНиЗП;

2.2. Специалисты наркологической службы;

2.3. Медицинские работники, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь взрослому и детскому населению;

2.4. Специалисты социальных служб и правоохранительных органов.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ

Ожидаемыми результатами Программы является:

1. Увеличение включенных в Программу родителей из числа лиц, состоящих на учете в КДНиЗП в связи с проблемным потреблением ПАВ и ранее отказывающихся от наркологической помощи.

2. Увеличение включенных в Программу пациентов наркологической службы, имеющих несовершеннолетних детей и участвующих в цикле занятий «Здоровая семья» по формированию навыков ответственного родительства.

3. Увеличение количества пациентов из числа родителей, отказавшихся от потребления ПАВ и продолжающих наркологическое лечение.

4. Увеличение числа включенных в Программу созависимых членов семей с несовершеннолетними детьми.

5. Увеличение числа специалистов межведомственного взаимодействия, прошедших обучение по актуальным вопросам наркологической превентологии.

АЛГОРИТМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

1-й этап. Организационный

1.1. Организация эффективного межведомственного взаимодействия с территориальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их

прав посредством включения специалистов наркологической службы в состав комиссий;

1.2. Заключение двухсторонних соглашений о сотрудничестве медицинской организации наркологического профиля с организациями социальной службы, работающими с семьей (с Семейными центрами ДТСЗН г. Москвы).

2-й этап. Оказание наркологической помощи родителям несовершеннолетних детей

2.1. Краткосрочное профилактическое консультирование с применением мотивационных технологий по преодолению анозогнозии и формированию приверженности наркологическому лечению;

2.2. Медико-социальное сопровождение на всех этапах оказания наркологической помощи;

2.3. Включение в цикл занятий «Здоровая семья» в рамках лечебно-реабилитационных программ, реализуемых в наркологических диспансерах/стационарах.

3-й этап. Оказание социально-психологической помощи созависимым членам семьи

3.1. Краткосрочное консультирование с информированием о порядке оказания наркологической помощи зависимым и созависимым членам семьи;

3.2. Включение в цикл занятий «Здоровая семья» в рамках программ по преодолению созависимости, реализуемых в наркологических диспансерах/стационарах

4-й этап. Цикл занятий «Здоровая семья» для членов семей, находящихся в социально опасном положении, связанном с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

4.1. Включение цикла занятий «Здоровая семья» в работу подразделений наркологической службы: наркологических диспансеров, стационаров, реабилитационных центров.

4.2. Организация учета пациентов / семей пациентов, имеющих несовершеннолетних детей.

4.3. Включение пациентов / семей пациентов, имеющих несовершеннолетних детей, в цикл занятий «Здоровая семья».

5-й этап. Организация и проведение обучения специалистов в сфере профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

5.1 Организация и проведение круглых столов, конференций, дискуссионных встреч в целях обмена опытом и тиражирования лучших практик профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, в том числе предупреждения социального сиротства.

5.2. Повышение профессиональной компетенции специалистов межведомственного взаимодействия на тематических курсах повышения квалификации, обучающих семинарах и др.

Перейдем к более подробному описанию этапов. Программы и содержания алгоритма (порядка) организации работы по профилактике социального сиротства, связанного с потреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей.

1-й этап. Организационный

Профилактика социального сиротства начинается с поступления в КДНиЗП информации о семьях, находящихся в социально опасном положении в связи с потреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей. Информация о потреблении алкоголя, наркотиков родителями может поступать из различных мест, где они, находясь в состоянии опьянения (интоксикации), ведут себя недостойно по отношению к несовершеннолетним детям. Это могут быть соседи, родственники, образовательные учреждения, социальные службы, медицинские организации, правоохранительные органы и др.

Информация о фактах ненадлежащего поведения родителей поступает в территориальный КДНиЗП – коллегиальный специализированный государственный орган, призванный координировать деятельность государственных органов и организаций, который осуществляет защиту прав и законных интересов несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Закон г. Москвы от 13.04.2005 № 12 «Об организации деятельности комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав»).

Информация о семьях, находящихся в социально опасном положении, а также о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, передается в учреждения социальной защиты населения в соответствии с Регламентом межведомственного взаимодействия в сфере выявления социального неблагополучия детей и организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их законными представителями на территории города Москвы, утв. Протоколом заседания Московской

городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 15 декабря 2022 г. № 04/22 (Приложение1).

В городе Москве создана система организаций поддержки семьи и детства – Семейные центры ДТСЗН города Москвы (далее – Семейные центры). Именно в Семейные центры из территориальных КДНиЗП поступают Постановления об организации и проведении индивидуальной профилактической работы с семьей: несовершеннолетними и/или их родителями, другими лицами, проживающими вместе с семьей.

Необходимо заметить, что к специалистам КДНиЗП и Семейных центров не предъявляются требования по профессиональному образованию в области наркологической превентологии и наличию навыков работы с лицами, злоупотребляющими ПАВ. Поэтому для совершенствования работы с семьями, находящимися в социально опасном положении в связи со злоупотреблением ПАВ родителями несовершеннолетних детей, целесообразно включение профильных специалистов наркологической службы в состав территориальных КДНиЗП, а также привлечение их к индивидуальной профилактической работе с нуждающимися в наркологической помощи семьями.

На основе анализа поступившей из территориальных КДНиЗП информации о семьях, находящихся в социально опасном положении в связи с потреблением ПАВ родителями / законными представителями несовершеннолетних детей, зачастую не признающими необходимости обращения за наркологической помощью, Семейные центры составляют план индивидуальной профилактической работы с такими семьями, включающий проверку условий проживания несовершеннолетних и посещение их на дому. По официальному запросу Семейного центра, поступившего в наркологическую службу по установленной форме на имя руководителя медицинской организации, специалисты наркологической службы принимают участие в разработке и реализации ИПР с семьями, имеющими проблемы с потреблением ПАВ.

2-й этап. Оказание наркологической помощи родителям несовершеннолетних детей

Семья играет основную и важнейшую роль в воспитании детей, на долгие годы определяя их самооценку, нормы поведения и ценностные ориентиры. В семьях, где злоупотребляют ПАВ, царит атмосфера недоверия, неуважения, страха и неопределенности, что ведет к психической травматизации детей. Лишенные внимания и заботы со стороны родителей, злоупотребляющих ПАВ, они вырастают с чувством неуверенности,

собственной ненужности, озлобленности, склонными к агрессии и противоправным действиям. Иногда родители, злоупотребляющие ПАВ, осознают, что они лишают своих детей детства и угрожают их благополучию. Они испытывают по этому поводу чувство вины, признают необходимость лечения, но не справляются с влечением к употреблению ПАВ. Однако в большинстве случаев злоупотребление ПАВ лишает родителей возможности понять и признать свою роль в жизни детей. Они отрицают наличие проблем и, следовательно, сопротивляются усилиям специалистов, обеспокоенных условиями взросления детей в подобных семьях.

В ходе комплексной профилактической работы с семьями основными направлениями деятельности специалистов наркологической службы являются:

- проведение профилактического консультирования (Приложение 2), которое также включает диагностику анозогнозии (у больных алкоголизмом) и работу по ее преодолению (Приложение 3),

- проведение мотивационного консультирования, направленного на изменение деструктивных форм поведения родителей, злоупотребляющих ПАВ, и на обращение их за наркологической помощью (Приложение 4).

- содействие в получении членами семьи своевременной наркологической помощи в государственной медицинской организации, в том числе в получении экстренной и неотложной специализированной наркологической помощи, по показаниям;

- информирование о медико-социальных последствиях злоупотребления ПАВ, о порядке оказания наркологической помощи, о службах социальной поддержки семье, предоставление семье тематических информационно-просветительских материалов на бумажном носителе: тематические листовки, памятки, буклеты (Приложение 5).

Специалисту при работе с зависимыми или со злоупотребляющими ПАВ и членами их семей необходимо обратить пристальное внимание на проявления *анозогнозии* или отрицание болезни. Этот феномен выявляется не только у зависимых, но и созависимых членов их семей.

Известно, что осознание зависимости определяет эффективность ее лечения и реабилитации. Анозогнозия рассматривается специалистами как ведущий феномен алкоголизма и наркомании, препятствующий обращению за помощью и мешающий эффективному лечению. Убежденность пациентов в способности самостоятельно контролировать свои отношения с ПАВ лишает их мотивации на получение помощи и поэтому требует коррекции в первую очередь. Следовательно, в начале работы с родителями, зависимыми от ПАВ,

основные усилия специалистов направлены на преодоление анозогнозии у зависимого члена семьи, признание им наличия проблем, вызванных потреблением ПАВ, а затем – на мотивирование обратиться за медицинской помощью.

Наркологическая помощь оказывается в соответствии с нормативно-распорядительными документами Минздрава РФ, в том числе приказа МЗ РФ от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», клинических рекомендаций и стандартов оказания наркологической помощи.

Врачом психиатром-наркологом принимается решение о включении пациентов, имеющих несовершеннолетних детей, в цикл занятий «**Здоровая семья**» в рамках лечебно-реабилитационных программ, реализуемых в наркологических диспансерах/стационарах. Организуют и проводят занятия специалисты наркологической службы (медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники).

3-й этап. Оказание социально-психологической помощи созависимым членам семьи

Зависимость как семейное заболевание всегда пагубно отражается на благополучии и здоровье всех членов семьи: родителей, сиблингов, супругов, детей. Взаимоотношения в семьях пациентов, страдающих зависимостью от ПАВ, носят созависимый характер. Созависимость – одно из проявлений семейной дисфункции, она может являться как следствием, так и причиной проблем с химической зависимостью в семье. Созависимые члены семьи используют такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии и препятствуют выздоровлению зависимого члена семьи. Болезненная озабоченность семьи проблемами употребляющего ПАВ усугубляет его зависимость, что приводит к негативным медико-социальным последствиям, вплоть до лишения родительских прав и росту социального сиротства.

Принимая участие в работе КДНиЗП и Семейных центров, специалисты наркологической службы оказывают помощь созависимым членам семьи с несовершеннолетними детьми:

- информируют о порядке оказания наркологической помощи зависимым и созависимым членам семьи;

- осуществляют краткое консультирование созависимых членов семей по вопросам преодоления созависимости;

– проводят мотивационное консультирование созависимых членов семей, направленное на осознание ими необходимости изменения деструктивных форм поведения посредством участия в группах по преодолению созависимости, организованных в наркологических диспансерах / стационарах.

Цель работы с созависимыми родственниками на начальном этапе сводится к информированию их о природе алкогольной / наркотической зависимости и особенностях зависимого поведения с целью минимизации ущерба и выработки оптимальной стратегии лечения и реабилитации. В дальнейшем работа с созависимыми лицами заключается в том, чтобы помочь им перенести фокус своего внимания с зависимого близкого и его проблем на себя самого. Специалист может помочь родственнику осознать у себя наличие признаков созависимости и увидеть проявления контролирующего или опекающего поведения. Понять, в чем заключаются неконструктивные способы манипулирования в общении с близким, и заменить их на открытое честное общение. Другими задачами консультирования является развитие навыков рефлексии и осознания собственных чувств, овладение конструктивными способами преодоления стресса и решения имеющихся проблем.

Понимая природу созависимости, специалисту необходимо строить работу с родственниками употребляющего ПАВ члена семьи, делая акценты на следующие задачи:

- выработку навыков поддержания контакта без чрезмерной навязчивости, уважая его личное пространство. Не следует пытаться узнать все его «тайны», не «шпионить», не проверять его телефон;

- смещение фокуса внимания с зависимого от ПАВ члена семьи на себя и другие значимые сферы жизни: быть внимательнее к своим чувствам, состоянию своего здоровья, своим потребностям, в том числе потребностям в отдыхе, получении эмоциональной поддержки;

- информирование родственников о возможных провокационных действиях зависимого от ПАВ члена семьи: не давать себя запугать, не поддаваться на манипуляции, не принимать поспешных решений, научиться брать «паузу»;

- работу с чувством вины созависимых: они не виноваты в том, что их близкий человек – «зависимый», следовательно, не их задача решать и исправлять то, что уже сделал зависимый от ПАВ член семьи (оплачивать за

него долги, решать за него его бытовые, семейные, рабочие вопросы и проблемы с законом);

- информирование родственников о том, что для алкогольной/наркотической зависимости характерны рецидивы, поэтому необходимо иметь антикризисный план, искать информацию о созависимости, вести дневник чувств, знать, куда и к кому обратиться за помощью;

- освоение новых способов общения через позитивную обратную связь: непродуктивно стыдить зависимого от ПАВ члена семьи, напротив, гораздо эффективней будет положительно подкреплять его воздержание от потребления алкоголя/наркотиков.

В рамках работы с родственниками пациентов с зависимостью от ПАВ осуществляется также консультирование по юридическим вопросам, урегулированию семейных конфликтов, помощи в решении бытовых вопросов (*осуществляется социальным работником*).

Обратившимся за наркологической помощью врач психиатр-нарколог в доступной форме предоставляет информацию об оказании наркологической помощи созависимым членам семьи и дает рекомендации посещать цикл занятий «Здоровая семья» в рамках программ по преодолению созависимости, реализуемых в наркологических диспансерах/стационарах.

В преодолении созависимого поведения специалисты наркологической службы работают с деструктивными установками, искаженным самовосприятием и страхами. Созависимые члены семьи обучаются открыто выражать эмоции, заботиться о себе, тем самым снижают собственный уровень тревоги и напряжения и восстанавливают границы свои и семьи, приобретают навыки создания благоприятного психологического климата в семье.

4-й этап. Цикл занятий «Здоровая семья» для созависимых членов семей, в которых родители несовершеннолетних детей злоупотребляют употреблением психоактивных веществ

Цикл занятий «Здоровая семья» составлен с целью профилактики социального сиротства путем обучения родителей несовершеннолетних детей навыкам нормативных семейных отношений и формирования личной ответственности за воспитание детей как основы благополучия семьи. Цикл занятий состоит из разделов теоретических знаний и практических заданий и направлен на повышение ответственности и компетентности в вопросах развития и воспитания детей, осознание себя в роли родителя, определение приоритетов и ценностей в воспитании ребенка (детей).

Цикл занятий предназначен для включения в лечебно-реабилитационные программы, реализуемые в наркологических организациях, как для пациентов, так и для их созависимых родственников.

Темы цикла занятий «Здоровая семья»

1. Семья – основа жизни. Функции семьи. Функциональные и неблагополучные семьи.

2. Ответственность родителей за жизнь и здоровье детей. Стили воспитания.

3. Влияние употребления ПАВ на физическое и психическое здоровье членов семьи в настоящем и будущем. Созависимые отношения.

4. Семейные роли в нормативной и дисфункциональной семье.

5. Переход от дисфункциональной модели семьи к функциональной.

6. Стадии развития ребенка и возрастные нормативные кризисы. Потребности детей на разных стадиях взросления.

7. Здоровый образ жизни как основа нормативного развития детей.

8. Трудности общения в семье.

9. Семейные кризисы и конфликты: способы преодоления.

10. Совладающее поведение.

11. Мотивация на обращение за медико-социальной помощью в службы поддержки семьи и детства, группы самопомощи.

5-й этап. Организация и проведение обучения специалистов

Обмен опытом, получение нового знания, дискуссия об актуальных вопросах в сфере профилактики социального сиротства – необходимые элементы взаимодействия субъектов профилактики.

На основе современных достижений мировой и отечественной наркологической превентологии наркологическая служба организует проведение научно-практических конференций, круглых столов, обучающих семинаров, лекций, мастер-классов для специалистов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, связанных с проблемным потреблением ПАВ родителем / родителями несовершеннолетних детей. На занятиях рассматриваются особенности формирования, течения и лечения наркологических заболеваний, обуславливающие специфику взаимодействия с лицами, злоупотребляющими ПАВ, и членами их семей.

Круглый стол предполагает в значительной степени равенство и активность участников, дискуссию как между слушателями и спикером (экспертом), так и между слушателями. Участники Круглого стола получают возможность высказать и обсудить свое мнение, выразить свою активную

позицию, найти ответы на важные вопросы по обсуждаемой проблеме, в итоге – сформулировать общее мнение либо четко разграничить позиции сторон.

Научно-практические конференции организуются и проводятся с целью информирования о новых исследованиях и достижениях по решению прикладных задач, а также обобщения опыта и координации взаимодействий в сфере профилактики социального сиротства. Участие в конференциях позволяет устанавливать новые научные и профессиональные контакты, поддерживать сотрудничество и обмен опытом.

Для повышения профессионального мастерства проводятся лекции, семинары и мастер-классы. На семинарских занятиях углубленно изучаются определенные аспекты научно-практической проблемы, актуализируются знания и навыки, необходимые в работе с лицами, зависимыми от употребления ПАВ, и членами их семей. Мастер-класс – это технология трансляции практического опыта по решению определенных задач, позволяет участникам провести рефлексию собственного профессионального мастерства.

Например, при профилактической работе с семьями, где злоупотребляют ПАВ, велика вероятность общения с лицами, находящимися в состоянии опьянения (интоксикации). С целью оказания им помощи важно помнить о правилах общения с людьми в подобном состоянии:

- быть доброжелательным и в меру требовательным;
- говорить спокойным тоном, не повышать голос;
- не использовать выражения, способные задеть честь и достоинство собеседника;
- не усложнять речь длинными предложениями и научными терминами;
- использовать многократное повторение.

Важно не позволять одному пьяному человеку присматривать за другим пьяным человеком. Необходимо организовать уход и присмотр трезвыми совершеннолетними родными и близкими, а при необходимости незамедлительно обратиться за скорой медицинской помощью по телефону «103» или «112». Помните, что повторная рвота, нерегулярное замедленное дыхание, холодная бледная кожа, потеря сознания могут свидетельствовать о тяжелом угрожающем жизни состоянии, требующем неотложного и экстренного медицинского вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решение проблемы социального сиротства является одним из приоритетных направлений социальной политики государства, требующим консолидации усилий всех субъектов профилактики правонарушений и безнадзорности несовершеннолетних. Повышение качества и доступности наркологической помощи семьям с детьми лежит в основе практического решения основной проблемы, приводящей к социальному сиротству, – потребление ПАВ родителями несовершеннолетних детей. В настоящих методических рекомендациях предложена современная модель межведомственного взаимодействия по осуществлению проактивной деятельности наркологической службы в отношении семей, находящихся в социально опасном положении, связанном с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей.

Возникновение социального сиротства провоцируется, прежде всего, нарушениями внутрисемейных отношений в результате потребления родителями ПАВ, приводящих к невыполнению или ненадлежащему выполнению родителями (одним из них) родительских обязанностей по воспитанию, образованию ребенка либо злоупотреблению родительскими правами. Нормативное развитие детей в семьях, где родители употребляют ПАВ, невозможно, так как они лишены внимания и заботы, поддержки и уважения со стороны взрослых. Пренебрежение потребностями ребенка, равнодушие к его интересам, а зачастую и насилие наносят глубокую психологическую травму, определяющую всю его дальнейшую жизнь. Изъятие ребенка из семьи, где употребляют ПАВ, может спасти ему жизнь, но психологическое воздействие разлуки с кровной семьей лишает ребенка уверенности и доверия, приводит к развитию различных психических расстройств и девиаций. Организация комплексной помощи на основе сотрудничества оказывающих помощь специалистов – социальных работников, психологов, наркологов, с контролирующими органами – правоохранительными, опеки и попечительства, в значительной части случаев помогает реабилитировать и сохранить семью, оказавшуюся на грани изъятия ребенка (детей), предотвратить распространение социального сиротства.

Настоящая Программа является действенным инструментом оказания помощи семье в целях профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей, осуществления своевременного профилактического вмешательства, медико-социальной и наркологической помощи в рамках индивидуальной профилактической работы с семьей, находящейся в социально опасном

положении. Поддержка семьи, развитие жизненно важных сил и потенциальных возможностей каждого члена семьи, улучшение их социальной адаптации способствуют укреплению традиционных семейных отношений, формированию ответственного родительства, что служит залогом безопасности детства, семьи и общества в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Психотерапия наркологических заболеваний // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944 с.
2. Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». – 2017. – 227 с.
3. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М. – 2005. – 28 с.
4. Бек А., Фримен А. Когнитивная терапия расстройств личности. – СПб.: Питер. – 2019. – 447с.
5. Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А. Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн-Фишер» // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 215-234. doi: 10.17759/psycljn.2019080113
6. Береза Ж.В., Исаева Е.Р. Влияние психотерапевтической коррекции созависимости матерей наркозависимых пациентов на эффективность лечебно-реабилитационного процесса // Психология. Психофизиология. 2018. Vol. 11. № 2. С. 54-62.
7. Битти М. Спасать или спасаться? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе. / Пер. с англ. – М., Издательство “Э”. – 2017. – 384 с.
8. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. – 2003. – 352 с.
9. Голованова Н.А., Саутина Т.В. Наркологическая анозогнозия в психиатрическом стационаре принудительного лечения специализированного типа: актуальность проблемы и перспективы работы. Омский психиатрический журнал. 2020; 2 (25): 12-16. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10207
10. Горски Т.Т. Путь выздоровления: план действий для предотвращения срыва / пер. с англ. – М.: Ин-т общегуманитарных исслед. – 2013. – 159 с.
11. Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации. 2022 год. // Министерство труда и социальной защит Российской Федерации, М., 2022.

12. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях: принципы и алгоритмы консультирования. – СПб.: Речь. – 2016. – 320 с.
13. Как работает Ал-Анон для семей и друзей алкоголиков. – М.: ООО ИПЦ «Маска». – 2017. – 548 с.
14. Климанова С.Г., Березина А.А., Трусова А.В., Подоляк Д.В., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М. Взаимосвязь клинических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью с доминирующей мотивацией употребления алкоголя // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Том 56. № 4. С. 63–76.
15. Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES)// Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том. 26. № 3. С. 80–104.
16. Кордубан В.В., Бузык О.Ж., Агибалова Т.В. Сравнительный анализ личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологических больных и здоровых лиц (абстинентов) в аспекте третичной профилактики // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2022. Том. 30. № 4. С. 519–529.
17. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск, Изд-во «Олсиб». – 2001. – 251с.
18. Кулаков С. Руководство по реабилитации аддиктов. 4-е изд. Издательские решения, 2020. 468 с.
19. Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. М.- Медицина, 1960.
20. Манухина Н.М. Созависимость глазами системного психотерапевта. – М.: Независимая фирма «Класс». – 2016. – 332 с.
21. Маргошина И.Ю., Коваленко Т.Н. Методические рекомендации по вопросам социальной реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации наркозависимых граждан и их родственников (созависимых лиц). – СПб.: СПбГИПСР. – 2018. – 239 с.
22. Мелоди П. Где заканчиваюсь я и где начинаешься ты. Границы и созависимость в личных отношениях. – М.: Издательство АСТ. – 2022. – 336 с.
23. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: методические рекомендации / Ю. В. Рыбакова [и др.]. – СПб. : ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева» Минздрав – соцразвития РФ, 2011. – 37 с.
24. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2021. 544 с.

25. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Независимая фирма «Класс», 2006. – 295 с.
26. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: Издатель Базенков И.П. – 2018. – 352 с.
27. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии// Вопросы наркологии. 2018.№7.
28. Новоселова Е.Н. К проблеме чрезмерного потребления алкоголя в российских семьях // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология.-2020. №4
29. Обьедкова А. В., Ипатова К. А. Динамика жизненных убеждений и мотивации к трезвости у наркологических больных в процессе реабилитации.
30. Профилактика наркологических расстройств: Национальное руководство. – М.: Нью Терра. -2018. -638 с.
31. Прохазка Д., Норкросс Д., ди Клименте К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.
32. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ: Клинические рекомендации. 2018. 72 с.
33. Российский статистический ежегодник. 2022: Стат.сб./Росстат. –Р76 М., 2022 – 691 с.
34. Савина Е. А. «Я люблю его». Семье и друзьям алкоголиков и наркоманов. – М.: Лепта Книга, Гриф, Вече. – 2016. – 511с.
35. Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 2(16).
36. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Пер. с англ. А.Г. Чеславской. – М.: Независимая фирма "Класс".– 2019. – 364 с.
37. Фадеева Е. В., Лановая А. М. Изучение мотивационной сферы личности и психоэмоциональных особенностей у пациентов с наркологическими расстройствами на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса (Часть 1) //Психология и право. – 2024. – Т. 14. – №. 2. – С. 199-218.
38. Фадеева Е.В. Дизайн и методология исследования по изучению мотивации к сохранению трезвости у пациентов с наркологическими заболеваниями на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса // Вопросы наркологии. 2023. Том 35. № 3. С. 98–115.

39. Gómez Plata M. et al. Refusal self-efficacy and alcohol-related behaviours in community samples: a systematic review and meta-analysis //Current Psychology. – 2023. – T. 42. – №. 33. – C. 29349-29376.
40. Mosher Ruiz S., Oscar-Berman M., Kemppainen M.I., Valmas M.M., Sawyer K.S. Associations Between Personality and Drinking Motives Among Abstinent Adult Alcoholic Men and Women. Alcohol Alcohol. 2017 Jul 1;52(4):496-505. doi: 10.1093/alcalc/agx016. PMID: 28379312; PMCID: PMC6322439.
41. Steinmetz J., Theisen-Flies C., Federspiel C. Views on quality of life differ between alcohol related brain damaged individuals and their healthcare professionals. Appl Res Qual Life. 2016; 11:239-51. <https://doi.org/10.1007/s11482-014-9365-8>
42. Tarkhan A.U., Nezhdanov G.A., Zubova E.Y., Popov Y.V., Chekhlaty E.I., Neznanov NG, et al. Functional asymmetry of the brain and clinical features of alcoholism. Res Psychoneurol Inst.2016;48(1):42-52.
43. Vannini P., Hanseeuw B., Munro C.E., Amariglio R.E., Marshall G.A., Rentz D.M., et al. Anosognosia for memory deficits in mild cognitive impairment: Insight into the neural mechanism using functional and molecular imaging. Neuroimage Clin. 2017; 15:408-14. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.05.020> PMID:28616381
44. Volkow N.D., Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention // World Psychiatry. 2023. Vol. 22(2). P. 203–229.
45. Yakovlev A.A., Dyachkov A.G., Musatov V.B., Aizsilnieks O.V., Strelyanaya E.V., Avdoshina D.D. Evaluation of an adherence of antiretroviral therapy in HIV-infected patients using alcohol. J Infektol. 2018; 10(1):29-35.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Регламент

РЕГЛАМЕНТ

межведомственного взаимодействия в сфере выявления социального неблагополучия детей и организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их законными представителями на территории города Москвы, утв. Протоколом заседания Московской городской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 15 декабря 2022 г. № 04/22

Раздел 1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент определяет порядок взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и защиты их прав (далее – межведомственное взаимодействие) при организации работы по выявлению социального неблагополучия детей, рисков социального неблагополучия детей в целях осуществления мер по устранению причин и условий, способствующих антиобщественному и противоправному поведению несовершеннолетних, защите их прав и организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их законными представителями на территории города Москвы.

1.2. Настоящий Регламент разработан в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и правовыми актами города Москвы в целях создания системы реагирования на ситуации, связанные с выявлением случаев жестокого обращения с детьми, нарушения прав и законных интересов детей, ненадлежащего выполнения родителями и (или) иными законными представителями обязанностей по воспитанию и (или) содержанию ребенка, риска их возникновения (далее – случаи социального неблагополучия детей, риска социального неблагополучия детей).

1.3. Для целей настоящего Регламента используются следующие основные понятия:

- социальное неблагополучие детей, риск социального неблагополучия детей – комплекс обстоятельств, сложившихся в семье, имеющей детей, следствием которых является создание или возможность создания действиями или бездействием родителей (иных законных представителей) обстановки, представляющей угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующей их

нормальному воспитанию и развитию, и (или) утрата детьми родительского попечения;

- законные представители несовершеннолетних – родители, усыновители, опекуны или попечители;

- **заключение по результатам первичной социальной диагностики семьи** – заключение, формируемое специалистом Семейного центра, по итогам проведения обследования условий жизни несовершеннолетнего гражданина и его семьи с целью выявления обстоятельств, свидетельствующих об отсутствии родительского попечения над ребенком, и принятия мер по защите прав и интересов детей в случаях смерти родителей, лишения их родительских прав, ограничения их в родительских правах, признания родителей недееспособными, болезни родителей, длительного отсутствия родителей, уклонения родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, в том числе при отказе родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, или аналогичных организаций, при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию и развитию, а также в других случаях отсутствия родительского попечения;

- **низкий уровень риска жестокого обращения с ребенком**, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями в заключении по результатам первичной социальной диагностики семьи предполагает, что в семье, имеющей детей, активно и последовательно применяются конструктивные схемы поведения, содействующие нормальному воспитанию и развитию детей;

- **средний и высокий уровни риска жестокого обращения с ребенком**, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями в заключении по результатам первичной социальной диагностики семьи предполагают, что в семье, имеющей детей, сложились обстоятельства, следствием которых является создание или возможность создания действиями или бездействием законных представителей обстановки, представляющей угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующей их нормальному воспитанию и развитию, и (или) утрата детьми родительского попечения.

1.4. Деятельность по выявлению случаев социального неблагополучия детей, рисков социального неблагополучия детей осуществляется органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений

несовершеннолетних и защиты их прав (далее – участники межведомственного взаимодействия).

1.5. Участники межведомственного взаимодействия:

1.5.1. Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав города Москвы.

1.5.2. Органы, осуществляющие управление в сфере социальной защиты населения, и организации социального обслуживания.

1.5.3. Органы, осуществляющие управление в сфере образования, и организации, осуществляющие образовательную деятельность.

1.5.4. Органы, осуществляющие управление в сфере здравоохранения, и медицинские организации.

1.5.5. Органы, осуществляющие управление в сфере занятости населения, и центры занятости населения.

1.5.6. Органы, осуществляющие управление в сфере молодежной политики, и подведомственные им организации.

1.5.7. Органы, осуществляющие управление в сфере культуры, и организации культуры.

1.5.8. Органы, осуществляющие управление в сфере физической культуры и спорта, туризма и туристской деятельности.

1.5.9. Уполномоченные органы в сфере опеки, попечительства и патронажа.

1.5.10. Уполномоченный по правам ребенка в городе Москве.

1.5.11. Территориальные органы МВД России по городу Москве.

1.5.12. Управление на Транспорте МВД России по Центральному федеральному округу.

1.5.13. Органы и учреждения уголовно-исполнительной системы.

1.5.14. Территориальные органы исполнительной власти, районные учреждения и организации, негосударственные организации.

1.5.15. Граждане, общественные объединения и иные организации, оказывающие содействие органам и организациям, осуществляющим профилактику антиобщественного и противоправного поведения несовершеннолетних и защиту их прав.

1.6. Межведомственную координацию деятельности по выявлению социального неблагополучия детей на территории города Москвы в целях осуществления мер по устранению причин и условий, способствующих антиобщественному и противоправному поведению несовершеннолетних, защите их прав осуществляет Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы (далее – ДТСЗН города Москвы).

1.7. ДТСЗН города Москвы осуществляет единый учет и мониторинг выявленных случаев социального неблагополучия детей в Информационно-аналитическом агрегаторе «Семейный помощник» (далее – ИАА СП).

1.8. Порядок функционирования ИАА СП, включая требования к технологическим, программным, лингвистическим, правовым и организационным средствам обеспечения его использования, составу включаемых в него сведений, условиям предоставления доступа к информации, содержащейся в ИАА СП, устанавливаются ДТСЗН города Москвы.

1.9. Индивидуальная профилактическая работа (далее – ИПР) в отношении несовершеннолетних и их законных представителей осуществляется Семейными центрами, ГБУ СРЦ «Возрождение», ГБУ «Ресурсный центр «Отрадное».

1.10. ИПР в отношении детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, помещенных под надзор в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется Центрами содействия семейному воспитанию.

10.11. Участники межведомственного взаимодействия принимают участие в ИПР в отношении несовершеннолетних в пределах своей компетенции, осуществляют иные полномочия, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации и законодательством города Москвы.

Раздел 2. Категории несовершеннолетних, в отношении которых районные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав принимают решения о применении мер профилактического воздействия или об организации индивидуальной профилактической работы

2.1. Районные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав города Москвы (далее – КДНиЗП) принимают решения о применении мер профилактического воздействия и (или) об организации ИПР отношении несовершеннолетних:

1) родители (законные представители) которых уклоняются от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, в том числе при отказе родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, или аналогичных организаций, при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо

- препятствующих их нормальному воспитанию и развитию, а также в других случаях отсутствия родительского попечения без уважительной причины;
- 2) временно помещенных в социальные учреждения в целях получения ими медицинских, социальных или иных услуг, родители (законные представители) которых уклоняются от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей, либо препятствующих их нормальному воспитанию и развитию, а также в других случаях отсутствия родительского попечения без уважительной причины;
 - 3) употребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо употребляющих одурманивающие вещества, алкогольную и спиртосодержащую продукцию;
 - 4) совершивших правонарушение, повлекшее применение мер административной ответственности;
 - 5) совершивших правонарушение до достижения возраста, с которого наступает административная ответственность;
 - 6) освобожденных от уголовной ответственности вследствие акта об амнистии или в связи с изменением обстановки, а также в случаях, когда признано, что исправление несовершеннолетнего может быть достигнуто путем применения принудительных мер воспитательного воздействия;
 - 7) совершивших общественно опасное деяние и не подлежащих уголовной ответственности в связи с недостижением возраста, с которого наступает уголовная ответственность, или вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством;
 - 8) обвиняемых или подозреваемых в совершении преступлений, в отношении которых избраны меры пресечения, предусмотренные Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации;
 - 9) условно-досрочно освобожденных от отбывания наказания, освобожденных от наказания вследствие акта об амнистии или в связи с помилованием;
 - 10) которым предоставлена отсрочка отбывания наказания или отсрочка исполнения приговора;
 - 11) освобожденных из учреждений уголовно-исполнительной системы, вернувшихся из специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, если они в период пребывания в указанных учреждениях допускали нарушения режима, совершали противоправные деяния и (или) после освобождения (выпуска) находятся в социально опасном положении и (или) нуждаются в социальной помощи и (или) реабилитации;

12) осужденных за совершение преступления небольшой или средней тяжести и освобожденных судом от наказания с применением принудительных мер воспитательного воздействия;

13) осужденных условно, осужденных к обязательным работам, исправительным работам или иным мерам наказания, не связанным с лишением свободы.

2.2. КДНиЗП принимает следующие постановления, обязательные для исполнения участниками межведомственного взаимодействия (приложение 1 к настоящему Регламенту):

- о применении мер профилактического воздействия в отношении несовершеннолетнего без организации ИПР;
- об организации ИПР с несовершеннолетним;
- о прекращении ИПР с несовершеннолетним;
- об организации ИПР с несовершеннолетним и его законными представителями;
- о прекращении ИПР с несовершеннолетним и его законными представителями;
- о продолжении ИПР с несовершеннолетним;
- о продолжении ИПР с несовершеннолетним и его законными представителями.

2.3. В отношении несовершеннолетних, в том числе временно помещенных в социальные учреждения в целях получения, социальных или иных услуг, законные представители которых по уважительным причинам (вследствие заболевания, отсутствия постоянного дохода в связи с утратой трудоспособности по инвалидности и пр.) не могут исполнять свои обязанности по воспитанию детей или защищать их права и интересы, создают своими действиями или бездействием условия, представляющие угрозу жизни или здоровью детей, либо препятствующих их нормальному воспитанию и развитию, решения об организации ИПР с несовершеннолетним и его законными представителями принимают отделы социальной защиты населения города Москвы (далее – ОСЗН).

Раздел 3. Порядок межведомственного взаимодействия в сфере выявления случаев социального неблагополучия детей, рисков социального неблагополучия детей

3.1. Участники межведомственного взаимодействия в пределах своей компетенции обязаны незамедлительно сообщать в ДТСЗН города Москвы обо всех случаях социального неблагополучия детей, рисков социального неблагополучия детей:

- по телефону службы экстренной социальной помощи: 051;
- по выделенному отдельному мобильному телефону Семейного центра (информация размещена на Портале «Мой семейный центр»: мойсемейныйцентр.москва);
- путем внесения информации в ведомственную информационную систему.

3.2. Передаваемая информация о выявленном случае, по возможности, должна содержать следующие данные:

- Ф.И.О. лица (информирующего);
- Ф.И.О. ребенка;
- возраст ребенка;
- адрес проживания (фактического нахождения) ребенка;
- краткая характеристика выявленного случая;
- контакты лица (информирующего).

3.3. Участники межведомственного взаимодействия при передаче информации о выявленном случае социального неблагополучия детей путем телефонной связи, дополнительно направляют указанную информацию по системе электронного документооборота или вносят ее в ведомственную информационную систему – не позднее 1 рабочего дня с даты выявления случая социального неблагополучия детей, рисков социального неблагополучия детей.

3.4. В течение 24 часов после поступления информации о случае социального неблагополучия детей по телефонной связи специалист Семейного центра вносит информацию о выявленном случае в ИАА СП¹.

3.5. В отношении несовершеннолетних, указанных в пункте 2.1 настоящего Регламента, ОСЗН, руководствуясь Порядком организации работы по выявлению и учету случаев социального неблагополучия детей² направляет информацию о несовершеннолетнем с приложением акта обследования условий жизни несовершеннолетнего гражданина и его семьи³ и заключения по результатам первичной социальной диагностики семьи⁴ с указанием уровня риска жестокого обращения с ребенком, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями в КДНиЗП по месту жительства несовершеннолетнего в городе Москве для принятия мер по защите прав и законных интересов несовершеннолетнего в пределах

полномочий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и города Москвы, и информирует об этом Семейный центр в соответствии с территориальным закреплением⁵.

3.6. В отношении несовершеннолетних, указанных в подпунктах 3–13 пункта 2.1 настоящего Регламента, являющихся детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей, помещенными под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, ОСЗН направляет информацию о несовершеннолетнем с приложением информационной справки о несовершеннолетнем в КДНиЗП по месту нахождения Центра содействия семейному воспитанию для принятия мер по защите прав и законных интересов несовершеннолетнего в пределах полномочий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и города Москвы, и информирует об этом Центр содействия семейному воспитанию.

3.7. КДНиЗП при поступлении информации о несовершеннолетних, указанных в пункте 2.1 настоящего Регламента, организуют работу в порядке и сроки, установленные разделами 4–7 настоящего Регламента.

3.8. Участники межведомственного взаимодействия принимают участие в ИПР в пределах своей компетенции, осуществляют иные полномочия, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации и законодательством города Москвы.

Раздел 4. Порядок и сроки применения мер профилактического воздействия и (или) организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями

4.1. КДНиЗП не позднее 15 календарных дней с даты получения информации о несовершеннолетних, указанных в пункте 2.1 настоящего Регламента, рассматривает на заседании комиссии материалы о несовершеннолетнем, поступившие из ОСЗН (пункт 3.5 настоящего Регламента).

4.2. В случае наличия в заключении по результатам первичной социальной диагностики семьи низкого риска жестокого обращения с ребенком, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями и при наличии положительных сведений о личности и поведении несовершеннолетнего, с учетом мотивов, характера и тяжести совершенного правонарушения (административное правонарушение совершено впервые) КДНиЗП принимает постановление о применении мер

профилактического воздействия в отношении несовершеннолетнего без организации ИПР (правовое просвещение и правовое информирование, профилактическая беседа, объявление официального предостережения (предостережения) о недопустимости действий, создающих условия для совершения правонарушений, либо недопустимости продолжения антиобщественного поведения, профилактический учет и пр.).

4.3. В случае наличия в заключении по результатам первичной социальной диагностики семьи низкого риска жестокого обращения с ребенком, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями и при наличии негативных сведений о личности и поведении несовершеннолетнего, с учетом мотивов, характера и тяжести совершенного правонарушения (административное правонарушение совершено повторно) КДНиЗП принимает постановление об организации ИПР с несовершеннолетним.

4.4. В случае наличия в заключении по результатам первичной социальной диагностики семьи среднего или высокого риска жестокого обращения с ребенком, нарушения прав и законных интересов несовершеннолетнего законными представителями КДНиЗП принимает постановление об организации ИПР с несовершеннолетним и его законными представителями.

4.5. В случае принятия постановления об организации ИПР с несовершеннолетним или с несовершеннолетним и его законными представителями, КДНиЗП поручает Семейному центру по месту жительства (с учетом территориального закрепления)⁶ или по месту нахождения несовершеннолетнего разработать не позднее 15 календарных дней план ИПР⁷ (приложение 2 к настоящему Регламенту) с учетом положений разделов 5 и 6 настоящего Регламента.

4.6. КДНиЗП поручает иным участникам межведомственного взаимодействия не позднее 10 календарных дней направить в Семейный центр предложения в план ИПР в части касающейся и в пределах компетенции.

4.7. Семейный центр разрабатывает проект плана ИПР с несовершеннолетним или с несовершеннолетним и его законными представителями с учетом предложений, внесенных иными участниками межведомственного взаимодействия, сроком не менее чем на 3 месяца и направляет в установленный в постановлении срок на утверждение в КДНиЗП.

4.8. КДНиЗП на заседании рассматривает, утверждает, при необходимости вносит замечания, и направляет план ИПР для исполнения Семейному центру, иным участникам межведомственного взаимодействия, мероприятия которых

включены в план, и ОСЗН по месту жительства несовершеннолетнего и его семьи.

4.9. Семейный центр в установленный в постановлении срок, но не позднее 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР направляет в ОСЗН для рассмотрения на заседании Экспертного консилиума по оценке эффективности работы с семьей в районах города Москвы (далее – Консилиум)⁸ Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ, представляемый на Экспертный консилиум (приложение 3 к настоящему Регламенту), включающий данные об исполнении/не исполнении мероприятий, в том числе мероприятий иных участников межведомственного взаимодействия в части их касающейся.

4.10. По итогам Консилиума Семейный центр в установленный в постановлении срок, но не позднее 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР направляет в КДНиЗП Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ, представляемый на Экспертный консилиум, и протокол Консилиума (приложение 4 к настоящему Регламенту).

4.11. КДНиЗП рассматривает на заседании комиссии Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ, представляемый на Экспертный консилиум, протокол Консилиума и принимает решение о продолжении (с корректировкой при необходимости) или прекращении ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями.

4.12. В случае принятия КДНиЗП решения о продолжении ИПР, результаты реализации плана ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями рассматриваются на заседании комиссии не позднее, чем по истечении 3 месяцев после принятия решения о продолжении ИПР.

4.13. В случае выявления в ходе ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями объективных факторов, требующих незамедлительного внесения изменений в план ИПР, Семейный центр до истечения 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР инициирует проведение внепланового Консилиума и заседания КДНиЗП.

Раздел 5. Порядок организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, употребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо употребляющих одурманивающие вещества, алкогольную и спиртосодержащую продукцию

5.1. КДНиЗП не позднее 15 календарных дней с даты получения от ОСЗН информации о несовершеннолетних, указанных в подпункте 3 пункта

2.1 настоящего Регламента, рассматривает на заседании комиссии материалы, поступившие из ОСЗН (пункт 3.5 настоящего Регламента) с учетом положений пунктов 4.2–4.4 настоящего Регламента:

5.1.1. Поручает Семейному центру по месту жительства (с учетом территориального закрепления) или по месту нахождения несовершеннолетнего (в случае помещения несовершеннолетнего в стационарное отделение Семейного центра) в срок не позднее 15 календарных дней разработать план ИПР.

5.1.2. Поручает Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»):

5.1.2.1. Провести мотивационную работу с несовершеннолетним и его законными представителями, направленную на необходимость получения комплексной лечебно-диагностической и (или) реабилитационной специализированной медицинской помощи.

5.1.2.2. Оказать несовершеннолетнему комплексную лечебно-диагностическую и (или) реабилитационную специализированную медицинскую помощь на основании клинических рекомендаций в соответствии со стандартами оказания наркологической помощи, утвержденными Минздравом России.

5.1.2.3. Разработать рекомендации по дальнейшему сопровождению после прохождения несовершеннолетним курса лечения и реабилитации в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». Последующие действия участников межведомственного взаимодействия и сроки их реализации аналогичны действиям и срокам, указанным в пунктах 4.6–4.13 настоящего Регламента.

5.2. В случае необходимости прохождения несовершеннолетним социальной реабилитации в стационарной форме с учетом положений пункта 5.1.2.3 настоящего Регламента:

5.2.1. Семейный центр в установленном порядке⁹ согласовывает с ДТСЗН города Москвы уполномоченную организацию для социальной реабилитации несовершеннолетнего в стационарной форме – ГБУ «Мой семейный центр «Горизонт» или ГБУ СРЦ «Возрождение» (далее – уполномоченная организация).

5.2.2. КДНиЗП поручает разработку плана ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями не менее чем на 6 месяцев уполномоченной организации, согласованной с ДТСЗН города Москвы.

Последующие действия участников межведомственного взаимодействия и сроки их реализации аналогичны действиям и срокам, указанным в пунктах 4.6–4.13 настоящего Регламента.

5.3. В случае принятия решения о продолжении ИПР с учетом положений пункта 5.1.2.3 настоящего Регламента, в целях прохождения социальной реабилитации в полустационарной форме, КДНиЗП поручает Семейному центру по месту жительства несовершеннолетнего разработать ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями.

Последующие действия участников межведомственного взаимодействия и сроки их реализации аналогичны действиям и срокам, указанным в пунктах 4.6–4.13 настоящего Регламента.

Раздел 6. Порядок организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, вступившими в конфликт с законом

6.1. КДНиЗП не позднее 15 календарных дней с даты получения от ОСЗН информации о несовершеннолетних, указанных в подпунктах 4–13 пункта 2.1 настоящего Регламента, рассматривает на заседании комиссии материалы, поступившие из ОСЗН (пункт 3.5 настоящего Регламента) с учетом положений пунктов 4.2–4.4 настоящего Регламента:

6.1.1. Поручает Семейному центру по месту жительства (с учетом территориального закрепления) или месту нахождения несовершеннолетнего в срок не позднее 15 календарных дней разработать план ИПР.

6.1.2. Поручает Отделению по делам несовершеннолетних ОМВД России района города Москвы по месту жительства несовершеннолетнего в срок не позднее 10 календарных дней направить в Семейный центр предложения в план ИПР в части касающейся и в пределах компетенции.

Последующие действия участников взаимодействия и сроки их реализации аналогичны действиям и срокам, указанным в пунктах 4.6–4.13 настоящего Регламента.

6.2. В случае принятия решения о продолжении ИПР (корректировки при необходимости) по истечении 6 месяцев с даты утверждения плана ИПР,

КДНиЗП поручает организовать ИПР с несовершеннолетним или несовершеннолетним и его законными представителями ГБУ СРЦ «Возрождение».

Последующие действия участников межведомственного взаимодействия и сроки их реализации аналогичны действиям и срокам, указанным в пунктах 4.6–4.13 настоящего Регламента.

Раздел 7. Порядок организации индивидуальной профилактической работы с детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей, помещенными под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

7.1. КДНиЗП не позднее 15 календарных дней с даты получения информации о несовершеннолетних, указанных в подпунктах 4–13 пункта 2.1 настоящего Регламента, рассматривает на заседании комиссии материалы о несовершеннолетнем, поступившие из ОСЗН (пункт 3.6 настоящего Регламента).

7.2. В случае принятия постановления об организации ИПР с несовершеннолетним КДНиЗП поручает Центру содействия семейному воспитанию разработку плана ИПР (приложение 2 к настоящему Регламенту).

7.3. КДНиЗП поручает иным участникам межведомственного взаимодействия в установленный в постановлении срок направить в Центр содействия семейному воспитанию предложения в план ИПР в части касающейся и в пределах компетенции.

7.4. Центр содействия семейному воспитанию разрабатывает проект плана ИПР с несовершеннолетним с учетом предложений, внесенных иными участниками межведомственного взаимодействия, сроком не менее чем на 3 месяца и направляет в установленный в постановлении срок на утверждение в КДНиЗП.

7.5. КДНиЗП на заседании рассматривает, утверждает, при необходимости вносит замечания, и направляет план ИПР для исполнения Центру содействия семейному воспитанию, иным участникам межведомственного взаимодействия, мероприятия которых включены в план, и ОСЗН по месту нахождения несовершеннолетнего.

7.6. Центр содействия семейному воспитанию в установленный в постановлении срок, но не позднее 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР направляет в ОСЗН для рассмотрения на заседании Консилиума Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ,

представляемый на Экспертный консилиум (приложение 3 к настоящему Регламенту), включающий данные об исполнении/не исполнении мероприятий, в том числе мероприятий иных участников межведомственного взаимодействия в части их касающейся.

7.7. Центр содействия семейному воспитанию в установленный в постановлении срок, но не позднее 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР направляет в КДНиЗП Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ, представляемый на Экспертный консилиум, и протокол Консилиума (приложение 4 к настоящему Регламенту).

7.8. КДНиЗП рассматривает на заседании комиссии Отчет субъекта профилактики, ответственного за реализацию ИПР, ИППСУ, представляемый на Экспертный консилиум, протокол Консилиума и принимает решение о продолжении (с корректировкой при необходимости) или прекращении ИПР с несовершеннолетним.

7.9. В случае принятия КДНиЗП решения о продолжении ИПР, результаты реализации плана ИПР с несовершеннолетним рассматриваются на заседании комиссии не позднее, чем по истечении 3 месяцев после принятия решения о продолжении ИПР.

7.10. В случае выявления в ходе ИПР с несовершеннолетним объективных факторов, требующих незамедлительного внесения изменений в план ИПР, Центр содействия семейному воспитанию до истечения 3 месяцев с даты утверждения плана ИПР инициирует проведение внепланового Консилиума и заседания КДНиЗП.

7.11. В случае принятия постановления об организации ИПР с несовершеннолетним, указанным в подпункте 3 пункта 2.1 настоящего Регламента, КДНиЗП:

7.11.1. Поручает Центру содействия семейному воспитанию по месту нахождения несовершеннолетнего в срок не позднее 15 календарных дней разработать план ИПР.

7.11.2. Поручает ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»:

7.11.2.1. Провести мотивационную работу с несовершеннолетним, направленную на необходимость получения комплексной лечебно-диагностической и (или) реабилитационной специализированной медицинской помощи.

7.11.2.2. Оказать несовершеннолетнему комплексную лечебно-диагностическую и (или) реабилитационную специализированную медицинскую помощь на основании клинических рекомендаций в

соответствии со стандартами оказания наркологической помощи, утвержденными Минздравом России.

7.11.2.3. Разработать рекомендации по дальнейшему сопровождению после прохождения несовершеннолетним курса лечения и реабилитации в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

7.12. В случае необходимости прохождения несовершеннолетним социальной реабилитации в стационарной форме с учетом положений пункта 7.11.2.3 настоящего Регламента:

7.12.1. Центр содействия семейному воспитанию в установленном порядке¹⁰ согласовывает с ДТСЗН города Москвы уполномоченную организацию для социальной реабилитации несовершеннолетнего в стационарной форме, указанную в пункте 5.3.1 настоящего Регламента.

7.12.2. КДНиЗП поручает разработку плана ИПР с несовершеннолетним не менее чем на 6 месяцев уполномоченной организации, согласованной с ДТСЗН города Москвы.

Последующие действия участников межведомственного взаимодействия и сроки их реализации аналогичны срокам и действиям, указанным в пунктах 7.3–7.10 настоящего Регламента.

СНОСКИ

¹Приказ ДТСЗН города Москвы от 19.07.2021 № 730 «Об утверждении Порядка организации работы по выявлению и учету случаев социального неблагополучия детей» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 28.07.2022 № 745).

² Приказ ДТСЗН города Москвы от 19.07.2021 № 730 «Об утверждении Порядка организации работы по выявлению и учету случаев социального неблагополучия детей» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 28.07.2022 № 745).

³ Форма утверждена в Приказ ДТСЗН города Москвы от 19.07.2021 № 730 «Об утверждении Порядка организации работы по выявлению и учету случаев социального неблагополучия детей» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 28.07.2022 № 745).

⁴ Приложение 2 к приказу ДТСЗН города Москвы от 16 июля 2019 г. № 666 «О порядке ведения личного дела несовершеннолетнего и его семьи при организации индивидуальной работы с применением технологии «Раннее выявление случаев нарушения прав и законных интересов детей», «Организация работы со случаем нарушения прав и законных интересов ребенка» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 28.07.2022 № 745).

⁵ Территориальное закрепление семейных центров за районами и поселениями города Москвы для проведения индивидуальной профилактической работы в отношении

несовершеннолетних, их родителей и иных законных представителей устанавливается нормативным актом Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

⁶ Территориальное закрепление семейных центров за районами и поселениями города Москвы для проведения индивидуальной профилактической работы в отношении несовершеннолетних, их родителей и иных законных представителей устанавливается нормативным актом Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы

⁷ Форма утверждена приказом ДТСЗН города Москвы от 16 июля 2019 г. № 666 «О порядке ведения личного дела несовершеннолетнего и его семьи при организации индивидуальной работы с применением технологии

«Раннее выявление случаев нарушения прав и законных интересов детей», «Организация работы со случаем нарушения прав и законных интересов ребенка» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 08.06.2021 № 580).

⁸ Приказ ДТСЗН города Москвы от 19.07.2021 № 730 «Об утверждении Порядка организации работы по выявлению и учету случаев социального неблагополучия детей» (в ред. приказа ДТСЗН города Москвы от 28.07.2022 № 745

⁹ Приказ ДТСЗН города Москвы от 08.06.2021 № 579 «О порядке приема несовершеннолетних, допустивших употребление наркотических средств, психотропных и (или) одурманивающих веществ, на социальную реабилитацию

¹⁰ Приказ ДТСЗН города Москвы от 08.06.2021 № 579 «О порядке приема несовершеннолетних, допустивших употребление наркотических средств, психотропных и (или) одурманивающих веществ, на социальную реабилитацию».

Приложение 2. Профилактическое консультирование

Профилактическое консультирование (ПК) является основной частью комплексной профилактической работы, обязательной технологией профилактики социального сиротства и коррекции факторов риска его развития.

ПК – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к получению медицинской, социальной и психологической помощи, выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии).

ПК проводят медицинские работники: медицинские психологи, специалисты по социальной работе, врачи психиатры-наркологи, а также специалисты системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

ПК адресовано членам семей, в том числе родителям, состоящими на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП) в связи с проблемным потреблением ПАВ, созависимым членами семей и несовершеннолетним детям, воспитывающихся в указанных семьях.

Применяются следующие виды профилактического консультирования:

- а) краткое ПК;
- б) индивидуальное ПК;
- в) углубленное (индивидуальное) ПК;

Характеристика видов и ключевых составляющих ПК

Вид ПК и его продолжительность	Цели	Где применяется	Кто проводит
Краткое ПК (3–5 мин)	Адресное информирование о медико-социальных последствиях злоупотребления ПАВ, о порядке оказания наркологической помощи, краткая рекомендация по	КДНиЗП	Специалист по соцработе, соцработник, медицинский психолог, врач психиатр-нарколог

	изменению деструктивных форм поведения		
Индивидуальное ПК (7–10 мин)	Адресное информирование о рисках медико-социальных последствий потребления ПАВ, обучение навыкам обращения за наркологической и социальной помощью, частично мотивирование на изменение деструктивных форм поведения	КДНиЗП, ГБУ «Мой семейный центр»	Врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, специалист по соцработе, соцработник
Углубленное (индивидуальное) ПК (40–60 мин)	Адресное информирование о имеющихся рисках медико-социальных последствий потребления ПАВ, невыполнения родительских обязанностей по воспитанию несовершеннолетних детей; обучение навыкам здоровья и трезвости, обращения за наркологической и социальной помощью; мотивирование на изменение деструктивных форм поведения, на формирование приверженности наркологическому лечению	На дому, на территории ГБУ «Мой семейный центр»	Медицинский психолог, врач психиатр-нарколог

Особенностью каждого вида ПК является обязательное соблюдение принципов эффективного профилактического консультирования (информирование, обучение, мотивирование). Обычно на практике наибольшие сложности встречает мотивационный компонент. Принципы и навыки мотивационного консультирования позволяют мотивировать и побудить членов семьи задуматься об изменении их нездорового поведения (пагубных привычек связанных с потреблением ПАВ) и осознанно планировать эти изменения.

В полной мере реализовать все ключевые принципы эффективного ПК возможно при проведении углубленного профилактического консультирования. Индивидуальное ПК и краткое ПК носят преимущественно информационный характер (направлены на повышение осведомленности членов семьи о порядке оказания наркологической помощи медико-социальных последствиях потребления ПАВ). Однако все виды ПК должны быть адресными и максимально использовать конкретные показатели здоровья членов семьи и их психо-социальной ситуации для мотивирования их на обращение за специализированной медицинской помощью, эффективной маршрутизации в лечебное учреждение и в дальнейшем повышения их приверженности к лечению и изменению своего дезадаптивного поведения.

Исходя из сказанного, эффективное ПК следует рассматривать как правильно построенную беседу с членом семьи (разной продолжительности), основанную на показателях его личного здоровья, патологических состояний, социальной ситуации и факторах риска медико-социальных последствий потребления ПАВ.

Эффективное ПК основано на сопереживании и сочувствии (эмпатии), на партнерских, позитивных и уважительных отношениях с консультируемым членом семьи, что способствует бесконфликтности и конструктивности принятия совместных планов и решений. Партнерские отношения формируются в ходе диалога и беседы специалиста с членом семьи без элементов назиданий и попыток заставить (сломить) его установки и сделать что-то, чего он не хочет делать.

ПК помогает индивидууму взять на себя личную ответственность за свои решения. Крайне важно, чтобы специалисты, проводящие ПК, не пытались подтолкнуть члена семьи в определенном направлении, так как это, скорее всего, встретит сопротивление. Консультирующий специалист должен занять нейтральную позицию и подчеркивать, что человек волен делать свой

собственный выбор; поскольку высказывания, содержащие вызов, подразумевают, что член семьи не имеет выбора. Специалистам следует побуждать индивидуума думать о том, чего хочет он сам.

Таким образом, достижению цели эффективного ПК способствует принцип единства основных составляющих методологии консультирования:

- информировать члена семьи об имеющихся у него факторах риска лишения родительских прав и социально-правовых последствий и разрушения здоровья в результате злоупотребления и развития зависимости от ПАВ. Их информируют о путях получения наркологической помощи, необходимости выполнения рекомендации со стороны медицинских и социальных служб, о методах самоконтроля, предоставлении информации о мерах само- и взаимопомощи, вызове неотложной (скорой) медицинской помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний.

- содействовать мотивированию пациента и побуждению к принятию с его стороны активных действий по отказу от потребления ПАВ, оздоровлению образа жизни и соблюдению других рекомендаций специалистов.

- обучать членов семьи практическим навыкам (отказа от потребления ПАВ и созависимого поведения, формированию ответственного родительства и т.п.) с использованием преимущественно недирективных советов (рекомендаций) и активных форм их обсуждения с членом семьи, что важно при обучении взрослых и несовершеннолетних. По результатам профилактического консультирования желательно, чтобы каждый член семьи получил тематические информационно-просветительские материалы по здоровому и трезвому образу жизни (приложение 4), с контактами организаций, оказывающих помощь семье, находящейся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении.

Специалисты наркологической службы осуществляют выход в семью в составе профильной комиссии по запросу «Семейного центра» на основании Постановления КДНиЗП. Перед выходом специалисты наркологической службы связываются с сотрудниками территориального Семейного центра и собирают сведения о ситуации в семье, чтобы избежать ненужных вопросов и сделать вмешательство максимально эффективным. Наибольший эффект может быть обеспечен благодаря консолидации усилий всех специалистов профильной комиссии, осуществившей выход в семью. В зависимости от конкретной ситуации, состояния родителей и степени их критичности проводится либо *индивидуальное ПК*, либо *углубленное (индивидуальное) ПК*. При наличии объективных признаков отрицания наличия проблем с потреблением психоактивных веществ (симптомов анозогнозии)

рекомендовано применение методики оценки анозогнозии у больных алкоголизмом.

На заседании КДНиЗП наиболее эффективно *краткое ПК*. В этом случае ПК представляет собой короткие уточняющие вопросы, мотивацию на обращение за специализированной медицинской помощью и рекомендации куда конкретно обратиться.

Приложение 3. Анозогнозия. Диагностика анозогнозии

Каждый специалист, работающий с людьми, злоупотребляющими или зависимыми от ПАВ или их родственниками, сталкивается с характерными для них проявлениями анозогнозии. Анозогнозия – это клиническое явление, при котором пациенты отрицают, игнорируют или недооценивают свое заболевание; они отказываются от лечения, не осознавая последствий такого поведения. Этот феномен у больных алкоголизмом впервые описал И.И. Лукомский³.

Некритичность больных с зависимостью объясняется различными факторами: неврологическими, психофизиологическими, психогенными. Соответственно анозогнозия трактуется как следствие диффузных поражений мозга, амнестических расстройств, повышения порогов чувствительности нейронов неокортекса к сигналам, исходящим из структур лимбической системы, а также с точки зрения сенсорного и когнитивного дефицита. Согласно психогенной трактовке анозогнозия – это бессознательная психологическая защита от информации, которая вызывает тревогу, чувство вины и проявления амбивалентности. С помощью отрицания болезни человек пытается изолировать себя от того, что угрожает его привычному самовосприятию. Действие данной психологической защиты препятствует формированию необходимых адаптивных механизмов. Несмотря на наличие многочисленных гипотез, патофизиологические механизмы анозогнозии остаются спорными и общепризнанная концепция анозогнозии пока отсутствует.

Отсутствие критики к своему состоянию может выражаться в разных степенях и формах. Анозогнозия может быть полной (полное непризнание проблемы, без аргументов) и частичной (частичное доказательное отрицание болезни). Выделяют следующие проявления отрицания:

- ✓ Активное отрицание – человек не признает у себя ни наличия зависимости от ПАВ, ни последствий этой зависимости для своей жизни;
- ✓ Обвинение – обвиняет других в своей проблеме, то есть отрицает свою ответственность за ее возникновение и проявления;
- ✓ Игнорирование – не замечает проблемы;
- ✓ Избегание – любыми способами уходит от обсуждения проблемы: забалтывание, прямой отказ, скандал, манипуляция;

³ Лукомский И.И. Лечение хронического алкоголизма. М.- Медицина, 1960.

✓ Недооценка – признает проблему, но минимизирует ее серьезность.

По мере развития заболевания также выделяют этапы формирования (проявления) анозогнозии. Для специалистов, работающих с зависимыми, важно прежде всего то, что из-за анозогнозии человек не может адекватно воспринимать свое состояние, игнорирует очевидные признаки заболевания, что препятствует своевременному обращению за помощью и проведению лечения и реабилитации. Тем не менее наркологический пациент может быть успешно мотивирован на лечение и реабилитацию и может дать ремиссию, полностью не преодолев анозогнозию.

Как показывает практика оказания помощи наркологическим больным, мотивация к получению помощи и отказу от употребления ПАВ формируется постепенно, и специалисту вовсе необязательно сразу пытаться добиться полного преодоления анозогнозии в результате однократного посещения больного на дому. Первоначальной задачей является мотивирование пациента на обращение в наркодиспансер. На этом этапе оказания помощи лучше говорить не о «болезни», а о «наличии проблем, вызванных употреблением алкоголя». Наиболее действенным стилем взаимодействия специалиста и пациента для решения этой задачи являются не конфронтационный или директивный, а мотивационный стиль взаимодействия, когда максимально соблюдаются принципы мотивационного интервью (см. Приложение 4). Мотивационный стиль взаимодействия опирается на теорию изменения, предложенную Ж. Прохазкой и К. Ди Клементе. При этом стиле взаимодействия врач и другие специалисты занимают открытую, не осуждающую позицию отношения к пациенту, но с предоставлением ему полной обратной связи о последствиях употребления ПАВ. В отличие от этого – конфронтационный стиль содержит элементы противостояния, когда специалист демонстрирует пациенту пагубность и недопустимость его стиля жизни, в том числе потребления алкоголя и наркотиков. При директивном стиле взаимодействие между пациентом и специалистом основано на патернализме последнего, при этом у пациента создается ощущение защищенности с переносом ответственности за выздоровление на специалиста. Возможности к сотрудничеству при таких стилях взаимодействия снижаются, велика вероятность отказа и сопротивления лечению в первом случае, либо снижения собственной ответственности пациента за выздоровление и перекладывание ее на врача – во втором.

В зависимости от состояния, в котором находится пьющий или употребляющий наркотики родитель, от специалиста могут потребоваться разные стратегии. Если человек находится в тяжелом опьянении, ведение

беседы становится невозможным, в этом случае специалисту необходимо позаботиться о безопасности несовершеннолетних членов семьи, самого человека в опьянении и при необходимости вызвать скорую. Беседа возможна, если человек находится в легкой или незначительной степени опьянения.

Беседа с родителем несовершеннолетних детей, имеющим пристрастие к употреблению ПАВ, должна вестись уважительно, поддерживая стремление человека к позитивному изменению своей жизни и отказу от вредных привычек. Специалист выслушивает человека, проявляет эмпатию, создает доверительный контакт. Дальнейшей задачей является довести до осознания человека негативные стороны его употребления ПАВ. Важно создать условия, чтобы говорил об этом сам человек, специалист же мягко направляет беседу в нужное русло, задавая простые открытые вопросы и продолжая эмпатически поддерживать человека. После этого специалист может предоставить необходимую информацию о том, где и кто может оказать необходимую помощь и о ее преимуществах. Завершающими задачами является принятие решения родителем ехать в наркодиспансер (больницу), сопровождение его до наркодиспансера и передача его непосредственно специалистам этого учреждения.

Приведем небольшой фрагмент возможного ведения беседы:

СПЕЦИАЛИСТ: Что еще беспокоит вас в вашем пьянстве?

РОДИТЕЛЬ: Ну, я не уверен, что меня это беспокоит, но я иногда задаюсь вопросом, не пью ли я слишком много.

С: Слишком много для ...

Р: Для моего же блага, я думаю. Я имею в виду, что это не так уж серьезно, но иногда, когда я просыпаюсь утром, я чувствую себя ужасно, и не могу ясно мыслить большую часть утра.

С: Это мешает вашему мышлению, вашей концентрации.

Р: Да, и иногда у меня возникают проблемы с запоминанием вещей.

С: И вы думаете, это может быть из-за того, что вы слишком много пьете.

Р: Ну, я знаю, что иногда это так.

С: Вы в этом уверены. Но, может быть, есть еще кое-что... .

Р: Да, даже когда я не пью, иногда я все путаю, и я думаю об этом.

С: Интересно, может ли это быть из-за

Р: Если алкоголь маринует мои мозги, то, наверное.

С: Вы думаете, раз такое бывает с другими людьми, то, может быть, и со мной такое?

Р: Ну, разве не так? Я слышал, что алкоголь убивает клетки мозга.

С: Я понимаю, почему это вас беспокоит.

Р: Но я не думаю, что я алкоголик или что-то в этом роде.

С: Вы не думаете, что все настолько плохо, но думаете, что, можете переусердствовать и навредить себе выпивкой, так?

Р: Да.

С: Довольно пугающая мысль. Раз столько неприятностей, пора это менять. Как вы считаете?

Возможное продолжение беседы при сопутствующих заболеваниях:

С. Вы пробовали лечить свою... гипертонию, болезни сердца, расстройства ЖКТ, диабет? Помогло ли вам это лечение?

С: Возможно, то, что пока не помогло, связано с тем, что лечению мешало употребление?

С: Если врач будет знать о привычке употребления алкоголя, он сможет лучше помочь. Если он посчитает, что вы слишком много пьете, он может предложить варианты, которые помогут изменить ваши привычки. Если вы уже пытались изменить свои привычки, врач сможет помочь и найдет другой способ сократить употребление алкоголя.

С. Сейчас мы отправимся к врачу, где вы сможете улучшить свое состояние. Я вижу, вы это сможете сделать сейчас. Собираемся и едем. Смотрю, вы прямо герой.

Далее человека сопровождают до медицинской организации, где оказывается специализированная помощь.

Рекомендации по проведению мотивационного консультирования, представленные в Приложении 4, также могут помочь выстраивать диалог с родителем, мотивирующий на позитивные изменения и преодоление анозогнозии.

Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом⁴

Инструкция: Просим Вас выразить свое согласие или несогласие с данными утверждениями. В опроснике не существует «правильных» или «неправильных» ответов. Старайтесь отвечать искренне. Не раздумывайте

⁴ Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: методические рекомендации / Ю. В. Рыбакова [и др.]. – СПб. : ФГБУ «СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева» Минздрав-соцразвития РФ, 2011. – 37 с.

долго, поскольку «плохих» или «хороших» ответов здесь не существует. Поставьте знак «плюс» в графе, соответствующей Вашему мнению.

№ пп	Утверждения	Не согласен	Согласен	Не уверен
1	Мое употребление алкоголя плохо влияет на отношения в моей семье			
2	Если я начинаю пить, мне зачастую бывает трудно остановиться			
3	У меня есть потребность в опохмелении			
4	Мои выпивки не отражаются плохо на моей работе			
5	Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении выпивок, чем в полном отказе от них			
6	Из-за употребления алкоголя я совершаю поступки, несовместимые с моими принципами			
7	Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от алкоголя			
8	Цель моего лечения – добиться полной трезвости			
9	Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить пить			
10	Напрасно родственники и врачи считают меня алкоголиком			
11	Не пьянство послужило основной причиной того, что я попал в больницу			
12	Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя			
13	Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости			

№ пп	Утверждения	Не согласен	Согласен	Не уверен
14	У меня нет проблем из-за моего употребления алкоголя (алкоголизации, выпивок)			
15	У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от алкоголя			
16	Я всегда, когда хочу этого, могу контролировать дозу употребляемого алкоголя			
17	Из-за моих выпивок не страдает никто из моих родных			
18	У меня нет потребности в опохмелении			
19	Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за моего употребления алкоголя			
20	Главная причина моей госпитализации – чрезмерное употребление алкоголя			
21	Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать свою трезвость			
22	Я признаю себя больным алкоголизмом			
23	Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма			
24	Мое употребление алкоголя создает много проблем			
25	Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость			
26	Мое здоровье не пострадало из-за моего употребления алкоголя			
27	Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость			
28	У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость			

№ пп	Утверждения	Не согласен	Согласен	Не уверен
29	Я не признаю себя больным алкоголизмом			
30	Моя работа страдает из-за моего употребления алкоголя			
31	Пребывание в больнице поможет мне разрешить проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией			
32	Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя			
33	Одна из главных целей наркологического лечения – добиться, чтобы больной полностью отказался от алкоголя			
34	Алкоголизм является болезнью			
35	Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации			
36	Я недоволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом			
37	Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить пьянство			
38	Зависимый от алкоголя человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя			
39	Напрасно мои родные (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением			
40	Я недоволен тем, что меня поместили в наркологическую больницу			
41	Потребность в алкоголе на следующий день после выпивки – признак алкоголизма			

№ пп	Утверждения	Не согласен	Согласен	Не уверен
42	Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя			
43	Я не обращаю внимания на просьбы родственников прекратить пьянство			
44	Если после лечения долго не употреблять алкоголь, то после такого перерыва опять можно вернуться к умеренному употреблению алкоголя – без последствий и проблем			
45	Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией			
46	Алкоголизм – это не болезнь, а скорее слабоволие			

Анализ данных и их интерпретация

1. За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляется три балла, за ответ «не согласен» – один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляется один балл, за ответ «не согласен» – три балла. Ответы «не уверен» как на прямые, так и на обратные вопросы оцениваются в два балла.

2. Для получения оценки по каждой из субшкал необходимо суммировать баллы, соответствующие ответам испытуемого на все утверждения, относящиеся к каждой из субшкал. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводится с помощью таблицы «ключей» (табл. 1).

Таблица 1
Ключ к субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия»

№ пп	Субшкалы	Кол ичес тво	Номера утверждений опросника
1	Неинформированность (НИ)	6	33*, 34*, 38*, 41*, 44, 46

2	Непризнание симптомов заболевания (НС)	6	2*, 3*, 16, 18
3	Непризнание заболевания (НЗ)	4	7, 10, 22*, 29
4	Непризнание последствий заболевания (НПЗ)	11	1*, 6*, 14, 17, 19*, 24*, 26, 30*
5	Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ)	9	32*, 35*, 36, 37, 40, 42, 45*
6	Несогласие с лечением (НЛ)	11	11, 20*, 23*, 31*, 39
7	Непринятие трезвости (НТ)	10	5, 8*, 9, 12*, 13*, 15, 21*, 25, 27, 28*, 43

* Обратные вопросы

3. На данном этапе анализа проводится перевод «сырых» баллов каждой субшкалы опросника в шкальные. Для этих целей применяется специальная таблица (табл. 2), указывающая диапазоны первичных оценок, которые соответствуют низкому (-2), пониженному (-1), среднему (0), повышенному (1), высокому (2) уровням алкогольной анозогнозии. В частности, для каждой из субшкал удалось выделить следующие уровни выраженности анозогнозии. Для субшкал № 1 «Неинформированность» и № 2 «Непризнание симптомов заболевания» шкальная оценка «0» соответствуют среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. Для субшкалы № 3 «Непризнание заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» – среднему уровню анозогнозии. Для субшкал № 4 «Непризнание последствий заболевания» и № 5 «Эмоциональное неприятие заболевания» шкальная оценка «-1» соответствует отсутствию анозогнозии, шкальная оценка «0» – среднему уровню, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии. Для субшкалы № 6 «Несогласие с лечением» шкальная оценка «0» соответствует среднему уровню выраженности анозогнозии, «1» – повышенному уровню, «2» – высокому уровню. Для субшкалы № 7 «Непринятие трезвости» шкальная оценка «-2» соответствует отсутствию или низкому уровню анозогнозии, «-1» – пониженному, «0» – среднему, «1» – повышенному, «2» – высокому уровню анозогнозии.

Таблица 2
Перевод сырых баллов опросника
«Алкогольная анозогнозия» в шкальные баллы

	Сырые баллы						
Шкальные баллы	<i>Субшкалы опросника</i>						
	<i>1 (НИ)</i>	<i>2 (НС)</i>	<i>3 (НЗ)</i>	<i>4 (НПЗ)</i>	<i>5 (ЭНЗ)</i>	<i>6 (НЛ)</i>	<i>7 (НТ)</i>
-2							11–12
-1			4	9	7		13
0	6–11	4–6	5–12	10–17	8–12	5–8	14–22
1	12–14	7		18–21	13–16	9–11	23–28
2	15–18	8–12		22–27	18–21	12–15	29–33

Интерпретация оценок диагностических субшкал опросника «Алкогольная анозогнозия» Основываясь на концепции отношений В.Н. Мясищева и представлениях X.F. Amador и A.S. David о структуре отношения больного к психическому заболеванию, мы выделили следующие субшкалы:

1) «Неинформированность» (НИ) – может варьировать от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях алкогольной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения алкоголизма и способов его лечения, до информированности о медицинской модели алкогольной зависимости.

2) «Непризнание симптомов заболевания» (НС) – непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости: утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции. Может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим) – когда пациент признает существование симптомов заболевания; промежуточным – в случае неуверенности в наличии данных признаков.

3) «Непризнание заболевания» (НЗ) – может колебаться от полного отрицания существования алкогольной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант

регистрируется в случае признания себя больным в порядке уступок врачу, окружающим.

4) «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) – может варьировать от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся проблем и их связи со злоупотреблением алкоголем до полного развернутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с алкоголизацией. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих алкогольных проблем и/или при попытках отнести часть создаваемых алкоголизмом проблем за счет других обстоятельств.

5) «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) – может встречаться в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное – при наличии недостаточной эмоциональной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) – если больной выказывал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

6) «Несогласие с лечением» (НЛ). Выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению, отказе от предлагаемой терапии; промежуточное – если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) – когда фиксировалось активное отношение к лечению.

7) «Неприятие трезвости» (НТ). Выраженное НТ – при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное – в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное – если фиксировалось желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

Субшкалы №№ 1 (НИ), 2 (НС), 3 (НЗ), 4 (НПЗ) являются когнитивными; № 5 (ЭНЗ) – эмоциональной; № 6 (НЛ) и № 7 (НТ) – мотивационными.

Возможность выделения изолированных субшкал подтверждалась мнением экспертов и анализом отдельных существующих терминов, применяемых клиницистами для описания отношения больного к алкогольной зависимости («критика к болезни только в социальном аспекте», «формальная критика» – то есть без соответствующей эмоциональной реакции).

Приложение 4. Мотивационные технологии работы

Одним из возможных вариантов мотивационных технологий работы с родителями, имеющими проблемы со злоупотреблением ПАВ, является **терапия повышения мотивации МЕТ** (Motivational Enhancement Therapy). МЕТ представляет собой процесс воздействия на пациента, начиная с первых встреч, и на протяжении всего лечения. В подходе МЕТ специалист не включает прямое обучение навыкам, человека не учат «как». Скорее, стратегия МЕТ опирается на собственные естественные процессы и ресурсы изменений человека. Вместо того чтобы рассказывать человеку, как все изменится, специалист создает мотивацию и выявляет идеи относительно того, как и какие могут произойти изменения.

Активными кратковременными вмешательствами, которые способствуют началу позитивных изменений у зависимых с проблемами анозогнозии, являются:

- **ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ** личного риска или нарушения, которую специалист получает от пациента
- Акцент на личной **ОТВЕТСТВЕННОСТИ** за изменения
- Четкий **СОВЕТ** по изменению
- **МЕНЮ** альтернативных вариантов изменения
- **ЭМПАТИЯ** специалиста
- Содействие **САМОЭФФЕКТИВНОСТИ** или оптимизму человека

Рассмотрим более детально каждый шаг кратковременного вмешательства.

Для получения **ОБРАТНОЙ СВЯЗИ** от зависимого человека специалист формулирует открытые вопросы:

- Я предполагаю, что у вас были некоторые опасения или трудности, связанные с употреблением алкоголя. Расскажите мне о них.
- Расскажите мне немного о своем употреблении алкоголя. Что вам нравится в употреблении алкоголя? Что для вас положительного в употреблении алкоголя? И какова другая сторона? Что вас беспокоит в употреблении алкоголя?
- Расскажите мне, что вы заметили в своем употреблении алкоголя. Как оно изменилось со временем? Какие вещи, которые вас беспокоят, по вашему мнению, могут быть проблемами или могут стать проблемами?

■ Что другие люди говорили вам о вашем пьянстве? Что беспокоит других людей? (Если присутствует супруг или другой близкий человек, об этом можно спросить напрямую.)

■ Что заставляет вас думать, что, возможно, вам нужно изменить свое пьянство?

Когда раппорт установится, специалист поддерживает беседу, используя техники *активного слушания*. Специалист просит привести примеры негативного влияния алкоголя или наркотиков на разные жизненные сферы с акцентом на личную ОТВЕТСТВЕННОСТЬ за изменения. Можно провести инвентаризацию общих областей, таких как:

■ **Толерантность** – кажется ли, что человек может выпить больше, чем другие люди, не проявляя при этом такого эффекта?

■ **Память** – были ли у человека периоды, когда он не помнил, что произошло во время употребления алкоголя, или другие проблемы с памятью?

■ **Отношения** – повлияло ли употребление алкоголя на отношения с супругом, семьей или друзьями?

■ **Здоровье** – знает ли человек о каких-либо проблемах со здоровьем, связанных с употреблением алкоголя?

■ **Юридические вопросы** – были ли какие-либо аресты или другие столкновения с законом из-за поведения во время употребления алкоголя?

■ **Финансовые вопросы** – способствовало ли употребление алкоголя финансовым проблемам?

Специалист предварительно сам продумывает МЕНЮ альтернативных вариантов изменений и подсказывает их, если человек с проблемами анозогнозии затрудняется это сделать. Здесь особенно важно вывести рассуждения человека на необходимость обратиться к врачу.

Понимать то, что испытывает другой человек, а также умение разделять эти чувства и есть ЭМПАТИЯ. Другими словами – эмпатичный специалист может увидеть ситуацию глазами самого человека. Специалист проявляет заботу и сопереживание, проявляет интерес к беседе, обращает внимание на язык тела, задает открытые вопросы. Эмпатия специалиста поддерживается методами *активного слушания* (парафраз, эхо-техника, уточнения, паузы, отражение чувств, резюмирование и др.). В Руководстве по мотивационному консультированию приводятся следующие варианты резюмирования:

■ Итак, выпивка действительно важна для вас. Расскажите мне об этом.

■ За что именно в выпивке вам действительно хочется держаться, что вы не можете отпустить?

Лучшая начальная стратегия для повышения САМОЭФФЕКТИВНОСТИ – это использование самомотивирующих вопросов:

- Расскажите мне, что беспокоит вас в вашей выпивке.
- Расскажите мне, чего это вам стоило.
- Расскажите мне, почему вы думаете, что вам нужно что-то изменить.

В завершение мотивации специалист делает вывод: необходимо помочь и улучшить ваше состояние, для этого показаться к специалисту.

Другим вариантом мотивационных технологий работы является **мотивационное консультирование (МК)**. Оно представляет собой локальный, точечный, но достаточно действенный клинический инструмент для пробуждения у пациента собственной внутренней мотивации к изменениям путем исследования и разрешения противоречий. Направлено на мотивирование пациента к отказу от ПАВ или к уменьшению употребления ПАВ, является условием достижения эффективности последующих лечебно-профилактических мероприятий (участия в программах медицинской и социальной реабилитации).

Принципы мотивационного консультирования:

- желание изменений исходит от самого человека и не может быть навязано ему извне;
- только он сам (а не специалист) может сформулировать и разрешить свою амбивалентность – усилить одни мотивы и снизить значимость других;
- прямое убеждение – неэффективный способ разрешения противоречий;
- общий тон МК – спокойный и выявляющий, направленный на получение человеком информации о самом себе;
- готовность к изменению отражает динамику межличностного взаимодействия;
- партнерские отношения – основа взаимодействия.

В процессе мотивационной беседы определяется стадия готовности к изменению (вопросы J. Prochaska & C.DiClemente):

- Хотите ли вы попробовать изменить...?
- Думаете ли вы об изменении...?
- Планируете ли вы в ближайшем будущем изменить...?
- Готовы ли вы составить план того, как нужно изменить...?
- Пытаетесь ли вы в настоящее время изменить...?
- Стараетесь ли вы сохранять изменения...?

Выделяют несколько стадий готовности:

1. Преднамерение (предварительные размышления)
2. Намерение (размышление об изменениях)
3. Решение (принятие решения)
4. Действие
5. Поддержание
6. Рецидив

На стадии Преднамерение перед специалистом стоит задача вызвать сомнение в отсутствии проблем, связанных с употреблением, установить связь между жизненными проблемами и злоупотреблением ПАВ; а также помочь пациенту в осознании опасности употребления ПАВ через информирование. Здесь еще нет серьезного намерения менять патологическое поведение, степень риска недооценивается, не осознаются опасности последствий, демонстрируется пассивное поведение и тенденция избегать контактов с помогающими специалистами.

Специалист делает акцент на противоречии между актуальным (и проблемным) поведением пациента и его целями и ценностями. Специалист дает пациенту возможность рассмотреть их и реалистично оценить свою ситуацию. Специалисту следует обращать внимание на несоответствие между актуальной и желаемой ситуацией из-за участия в азартных играх. Например: *Вы говорите, что Вам нужны деньги, но из-за употребления алкоголя/наркотиков Вы не можете удержаться на работе? У Вас есть понятие моральных обязательств, но из-за тяги к алкоголю / наркотикам Вы обманули хорошего человека и растратили деньги. Правильно ли я Вас понял, Вы хотите мира в семье, но из-за того, что Вы пьете / употребляете наркотики, Ваш брак рушится, а дети не слушаются? Вы хотите, чтобы Вас уважали, но из-за употребления алкоголя / наркотиков Вы сами к себе скверно относитесь.*

На стадии Намерение (Осознание) происходит частичное осознание необходимости изменить патологическое поведение, выявляется амбивалентность (противоречивость) при оценке соотношения аргументов «за» и «против» изменения проблемного поведения, решение об изменении не принимается. Специалист прилагает усилия для исследования чувств и конфликтов между злоупотреблением ПАВ и лично значимыми ценностями пациента, повышения осознания последствий продолжения пагубного поведения и преимуществ отказа от него, амбивалентность нормализуется, поддерживается мысль о возможности изменения образа жизни. Важным является побуждение пациента к самостоятельному анализу его жизненной ситуации.

Проявляя эмпатию, избегая осуждения и конфронтации, специалист способствует актуализации амбивалентного отношения к проблеме, поддерживая внутренние резервы пациента. Для исследования мотивации можно задать следующие вопросы: *Когда Вам впервые пришла в голову мысль о том, что Ваше употребление алкоголя/наркотиков превращается в проблему? Есть ли у Вас поддержка со стороны окружающих, близких? Кто убеждал Вас в том, что Вы нуждаетесь в помощи? Что, по Вашему мнению, с Вами не так? На какую помощь Вы рассчитываете и какую помощь Вы хотите получить?*

На стадии Решение (Подготовка) пациентом проблема осознается, принимается решение измениться и планируются шаги к изменению, аргументы «за изменения» преобладают над «против изменений» при флуктуирующей амбивалентности. Пациент, приняв решение обратиться за медицинской помощью, получает поддержку специалистов наркологической службы. Однако возможно, что реальные действия не начинаются, переносятся или прекращаются после краткой активности. На этом этапе важно, чтобы специалист оказывал поддержку решения измениться, информировал и обсуждал совместно с пациентом конкретные средства достижения того или иного результата от лечения.

Только **на стадии Действие** пациент предпринимает конкретные шаги по решению осознанной проблемы, опробует новое поведение. Это самый напряженный период, требующий большого количества сил и поддержки. Изменения становятся заметны окружающим, вызывают их живой интерес, но он быстро иссякает, и пациент снова оказывается с проблемой «один на один», повышается вероятность срыва. Задача специалиста на этом этапе – помочь ему следовать намеченному плану, анализировать и решать возникающие вследствие изменений проблемы, а также осваивать навыки поддержания трезвости, в частности поиска социальной поддержки и положительного подкрепления.

На стадии Поддержание пациент достигает стабильных долгосрочных изменений. Наблюдается рост самооэффективности – веры в успешность своих действий, положительной оценки собственной поведенческой компетентности. Проблема перестает быть угрозой или соблазном, однако сохраняется вероятность возникновения тяги к тому поведению, от которого удалось избавиться, и возможность срыва. Необходима противорецидивная поддержка.

Стадия Рецидив возможна из-за цикличности изменений. Несмотря на прилагаемые усилия, симптомы возвращаются, и пациент оказывается на

предыдущих стадиях изменений – намерения (размышления об изменении). Перед пациентом встают задачи устранения последствий срыва, анализа причин срыва и решения о дальнейших действиях. Полученный опыт изменений позволяет возвращаться к начальным этапам на новом уровне, более подготовленным к изменению, лучше понимая причины неудачи и пути к успеху. Необходима поддержка специалистов в поиске альтернативных стратегий совладания.

Важно понимать, что этапы изменений не ограничены во времени. Некоторые из них могут длиться только несколько часов, другие – в течение многих лет, а один из этапов может быть пропущен.

Приложение 5.

Информационно-просветительские материалы

Тематические информационно-просветительские материалы

ЗВОНИТЕ О ПОМОЩИ!

112 – телефон экстренных служб (общий). Вызов доступен и при заблокированной клавиатуре и при отсутствии СИМ карты.

ТЕЛЕФОНЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

Горячая линия наркологической службы (круглосуточно)
8 (495) 709-64-04

Горячая линия Департамента труда и социальной защиты города Москвы (круглосуточно)
8 (495) 623-10-59

Московская служба психологической помощи (круглосуточно)
051 (с городского)
или 8(495)051 (с мобильного)

Телефон доверия экстренной медико-психологической службы (круглосуточно)
8 (495) 205-05-50

Детский телефон доверия (круглосуточно)
8 (800) 2000-122



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
narcologos.ru
ул. Люблинская, д. 37/1
Горячая линия: +7 (495) 709-64-04

Наркологический диспансер №12 для несовершеннолетних
ул. Остоженка, д.53 А
+7 (499) 245-03-85

Центр профилактики зависимого поведения
Ул. Сушевский вал, 41
+7 (495) 421-55-55
cpzp_mmpcn@zdrav.mos.ru

АНОНИМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ алкоголизма и наркомании стационарно и амбулаторно
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

- круглосуточный телефон горячей линии: +7 (495) 709-64-04
- заявка на официальном сайте в разделах: «заказать звонок», «анонимное лечение»
- личный визит в диспансер или стационар

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы



ЧТО ДЕЛАТЬ?

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

КАК ПОМОЧЬ СЕМЬЕ, ГДЕ ПЬЮТ?

для специалистов и волонтеров

12+

КТО ВИНОВАТ?

Если у Вас...

проблемы на работе

проблемы с учебой

проблемы в отношениях

финансовые трудности

... и при этом считаете, что виноваты в этом ваши близкие, коллеги, обстоятельства, или окружающий мир несправедлив к вам попробуйте оценить,

КАК ЧАСТО ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ АЛКОГОЛЬ

При поддержке Международного грантового конкурса «Православная инициатива 2016-2017»

Ответьте на вопросы так, как Вы их понимаете:



1. Возникло ли у Вас ощущение того, что Вам следует сократить употребление спиртных напитков?

Да Нет



2. Вызывало ли у Вас чувство раздражения, если кто-то из окружающих (друзья, родственники) говорил Вам о необходимости сократить употребление спиртных напитков?

Да Нет



3. Испытывали ли Вы чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков?

Да Нет



4. Возникло ли у Вас желание принять спиртное, как только Вы проснулись после имевшего места употребления алкогольных напитков?

Да Нет

Опросник SAQE разработан доктором Дином Звангим (Dr. Jelte Zvaning), основателями Союзного Центра Исследования Алкоголя (European Center for Alcohol Studies), опубликован в Журнале Американской Медицинской Ассоциации (JAMA, 1994 Oct 12;270). Оросская версия международно признанной инструментария, выдана 5 из 10 алкоголикам.

Если Вы ответили «Да»

более чем на один вопрос у Вас есть проблемы с алкоголем. Подумайте о том, чтобы обратиться к специалисту. Вам может потребоваться медицинская помощь.

Больница

Группа поддержки

Реабилитационный центр

Высококвалифицированную медицинскую помощь можно получить в лицензированных государственных медицинских наркологических учреждениях. Почему люди боятся обращаться за помощью? Потому что боятся проблем на работе или потери репутации. В медицинских учреждениях есть возможность получить помощь АНОНИМНО (к сожалению, такая помощь оказывается только платно).

Если вы по каким-то причинам не готовы обратиться в государственные медицинские наркологические учреждения, вы можете попробовать обратиться за помощью к психологам, реабилитологам, специалистам по социальной работе в другие государственные, общественные и религиозные организации, которые могут оказывать БЕСПЛАТНУЮ помощь АНОНИМНО.



Объединение многолетних семей города Москвы

Негосударственные организации



Православная справочная телефонная служба «Милосердие»
8 (495) 542-0000
 информация об организациях, оказывающих социальную, психологическую, реабилитационную помощь и духовную поддержку семьям, где есть проблема с алкоголизмом.

Православная бесплатная информационно-справочная служба Иоанно-Предтечского Братства «ТРЕЗВЕНИЕ»
8 (800) 775-3626
 информация о группах поддержки, реабилитационных центрах.

www.trezvoinfo.ru
 Помощь алкоголезависимым и их родственникам в реабилитационных центрах, обществах и группах трезвости. Центры реабилитации по всей территории России, Украины, Белоруссии и Казахстана готовы помочь Вам!

ЗВОНИТЕ О ПОМОЩИ!

112 – телефон экстренных служб (общий). Вызов доступен и при заблокированной клавиатуре и при отсутствии СИМ карты.

ТЕЛЕФОНЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

Горячая линия наркологической службы (круглосуточно)
 8 (495) 709-64-04

Горячая линия Департамента труда и социальной защиты города Москвы (круглосуточно)
 8 (495) 623-10-59

Московская служба психологической помощи (круглосуточно)
 051 (с городского)
 или 8(495)051 (с мобильного)

Телефон доверия экстренной медико-психологической службы (круглосуточно)
 8 (495) 205-05-50

Детский телефон доверия (круглосуточно)
 8 (800) 2000-122



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
 narcologos.ru

Горячая линия: +7 (495) 709-64-04
Наркологический диспансер №12 для несовершеннолетних
 ул. Остоженка, д.53 А
 +7 (499) 245-03-85

Центр профилактики зависимого поведения

Ул. Сушевский вал, 41
 +7 (499) 421-55-55

crzpr_nnpn@zdrav.mos.ru

АНОНИМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ алкоголизма и наркомании стационарно и амбулаторно
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

- круглосуточный телефон горячей линии: +7 (495) 709-64-04
- заявка на официальном сайте в разделах: «заказать звонок», «анонимное лечение»
- личный визит в диспансер или стационар

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы



ЧТО ДЕЛАТЬ?

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

КТО ВИНОВАТ?



КАК ПОМОЧЬ БЛИЗКОМУ?

Если у Вас в семье...



... при этом вы считаете, что в этом виноват ваш близкий, потому что он живет, поступает и относится к вам неправильно, либо обижает или игнорирует ваши нужды – задумайтесь и посмотрите, как он относится к употреблению алкоголя. Возможно, одна из причин ваших семейных проблем – ваш близкий попал в **ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ**

При поддержке Международного грантового конкурса «Православная инициатива 2016-2017»

Алкоголизм – это болезнь с которой ему крайне трудно справиться в одиночку, и близкому нужна ваша помощь.

Эта помощь должна быть **ПРАВИЛЬНОЙ**. Чтобы изменить ситуацию потребуются: **УСИЛИЯ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ, ТРУД.**

Что может ещё сильнее УСУГУБИТЬ ПРОБЛЕМУ ЗАВИСИМОСТИ:



Делать за него его дела Попытаться скрыть последствия употребления Читать нотации, ругаться с ним когда он нетрезв Обманывать себя, преуменьшать, отрицать проблему Идти на уступки, верить обещаниям Скрывать проблему от близких и специалистов

Что нужно делать ЕСЛИ ТВОЙ БЛИЗКИЙ ПЬЕТ:



1 Необходимо как можно раньше обратиться за помощью к специалистам. (Смотрите контакты специалистов на другой стороне буклета)

2 Нужно получить информацию об алкогольной зависимости и способах ее преодоления из тематической литературы, от специалистов и на группах поддержки среди тех, кто имеет опыт выхода из подобной ситуации.

3 Нужно позаботиться о своей физической, юридической и финансовой безопасности, и безопасности детей и других членов семьи

ОСТОЖНО: ПЬЯНЫЙ ДОМА!



ПРИ УГРОЗЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ НЕМЕДЛЕННО ВМЕСТЕ С ДЕТЬМИ ПОКИНЬТЕ ПОМЕЩЕНИЕ!

Негосударственные организации



Кризисный центр помощи женщинам и детям. филиал «Надежда»:
8 (495) 492-46-89
(психологическая помощь).
8 (495) 492 26 81
8 (495) 492 06 48
(при возникновении экстренной ситуации женщине или женщине с детьми предоставляется временное убежище в любое время суток)
Электронная почта:
Nadejda.dsmp@mail.ru

Православная справочная телефонная служба «Милосердие»
8 (495) 542-0000
Информация об организациях, которые могут оказать социальную, психологическую, реабилитационную помощь и духовную поддержку семьям, где есть проблема с алкоголизмом

ЗВОНИТЕ О ПОМОЩИ!

112 – телефон экстренных служб (общий). Вызов доступен и при заблокированной клавиатуре и при отсутствии СИМ карты.

ТЕЛЕФОНЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

Горячая линия наркологической службы
(круглосуточно)
8 (495) 709-64-04

Горячая линия Департамента труда и социальной защиты города Москвы
(круглосуточно)
8 (495) 623-10-59

Московская служба психологической помощи (круглосуточно)
051 (с городского)
или 8(495)051 (с мобильного)

Телефон доверия экстренной медико-психологической службы (круглосуточно)
8 (495) 205-05-50

Детский телефон доверия (круглосуточно)
8 (800) 2000-122



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

narcologos.ru
ул. Люблинская, д. 37/1
Горячая линия: +7 (495) 709-64-04

Наркологический диспансер №12 для несовершеннолетних
ул. Остоженка, д.53 А
+7 (499) 245-03-85

Центр профилактики зависимого поведения

Ул. Сушевский вал, 41
+7 (495) 421-55-55
cpzp_mnpn@zdrav.mos.ru

АНОНИМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ алкоголизма и наркомании стационарно и амбулаторно ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

- круглосуточный телефон горячей линии: +7 (495) 709-64-04
- заявка на официальном сайте в разделах: «заказать звонок», «анонимное лечение»
- личный визит в диспансер или стационар

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы



ЧТО ДЕЛАТЬ?

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

КАК ПОМОЧЬ БЛИЗКОМУ?

12+

ЗВОНИТЕ О ПОМОЩИ!

112 – телефон экстренных служб (общий). Вызов доступен и при заблокированной клавиатуре и при отсутствии СИМ карты.

ТЕЛЕФОНЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ

Горячая линия наркологической службы
(круглосуточно)
8 (495) 709-64-04

Горячая линия Департамента труда и социальной защиты города Москвы
(круглосуточно)
8 (495) 623-10-59

Московская служба психологической помощи (круглосуточно)
051 (с городского)
или 8(495)051 (с мобильного)

Телефон доверия экстренной медико-психологической службы (круглосуточно)
8 (495) 205-05-50

Детский телефон доверия (круглосуточно)
8 (800) 2000-122



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»

narcologos.ru
ул. Люблинская, д. 37/1
Горячая линия: +7 (495) 709-64-04

Наркологический диспансер №12 для несовершеннолетних
ул. Остоженка, д.53 А
+7 (499) 245-03-85

Центр профилактики зависимого поведения

Ул. Сушевский вал, 41
+7 (495) 421-55-55
cpzp_mnpn@zdrav.mos.ru

АНОНИМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ алкоголизма и наркомании стационарно и амбулаторно ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

- круглосуточный телефон горячей линии: +7 (495) 709-64-04
- заявка на официальном сайте в разделах: «заказать звонок», «анонимное лечение»
- личный визит в диспансер или стационар

Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы



ЧТО ДЕЛАТЬ?

Программа профилактики социального сиротства, связанного с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

КАК НАЙТИ ДРУЗЕЙ?

12+

КАК НАЙТИ ДРУЗЕЙ?

15+

Давай посмотрим, сможешь ли ты отличить настоящего друга от случайного попутчика. Проверь себя!

1 Настоящий друг...



A

... предложит приключение, даже если оно рискованное для жизни и здоровья

B

... поможет решить или преодолеть трудную жизненную ситуацию, удержит от глупых поступков

Законом запрещено потреблять алкоголь и курить табак лицам до 18 лет. Если взрослые предлагают тебе выпить крепкие напитки или пиво, или закурить сигарету, их ждет суровой наказание.



2 Настоящий друг...



A

... возьмет в поход, на природу или рыбалку горячительные напитки

B

... покажет хорошее место, заранее прикормит рыбу, поддержит интересный разговор

3 Настоящий друг...



A

... старается занять все твоё свободное время

B

... учится сам, готов помочь тебе в учебе и выбрать интересную профессию



При поддержке Международного грантового конкурса «Православная инициатива 2016-2017»

4 Настоящий друг...



A

... когда случится беда, предложит расслабиться и забыться

B

... поможет советом и делом, подскажет куда обратиться за помощью

Если ты или твой друг выбрал БОЛЬШЕ ОТВЕТОВ «А» значит у тебя или твоих друзей возможны проблемы из-за алкоголя. Обратись по указанным телефонам, тебе помогут!

ОСТОРОЖНО ПЬЯНЫЙ ДОМА!



Встань на безопасное расстояние



Держись ближе к выходу



Входную дверь держи открытой



Не смейся и не дурачься, как бы не вел себя пьяный!



Говори в ясной, успокаивающей манере



Словами направь пьяного спать



При угрозе жизни и здоровью Немедленно покинь помещение!



Обратись за помощью к трезвым близким людям!

Приложение 6. Цикл занятий «Здоровая семья»

Цикл занятий «Здоровая семья» для членов семей, находящихся в социально опасном положении, связанном с потреблением психоактивных веществ родителями несовершеннолетних детей

Цикл занятий позволяет информировать пациентов и членов их семей об их правовой ответственности за несовершеннолетних детей, их воспитание и образование. Занятия предусматривают выработку полезных навыков, связанных с адаптивным и совладающим поведением членов семей, с неконфликтным общением и воспитанием детей с учетом их возрастных особенностей и потребностей.

Цель: профилактика социального сиротства путем обучения навыкам нормативных семейных отношений и формирования личной ответственности за воспитание детей как основы благополучия семьи.

Задачи:

- информировать о роли родителя в воспитании детей и правовой ответственности за невыполнение родительских обязанностей;
- способствовать осознанию роли родителя, определению приоритетов и ценностей семейного воспитания;
- повышение компетентности в вопросах внутрисемейных и детско-родительских отношений;
- коррекция созависимых отношений.

Темы цикла занятий «Здоровая семья»

1. Семья и ее функции
2. Ответственность родителей за детей. Стили воспитания
3. Влияние употребления ПАВ на взаимодействие в семье
4. Семейные роли
5. Переход от неблагополучной семьи к здоровой
6. Этапы развития ребенка
7. Здоровый образ жизни – главное в развитии детей
8. Трудности общения в семье
9. Семейные кризисы и конфликты

10. Как справляться со стрессом

11. Службы поддержки семьи и детства, группы самопомощи

Пояснения ведущему к проведению занятий:

Ведущему могут встретиться участники, имеющие несовершеннолетних детей, не имеющие детей, имеющие взрослых детей, не имеющие семей, воспитанные в детдоме. Несмотря на эти различия, ведущий обращается к опыту проживания в семье каждого участника: в собственной семье, родительской семье, в детском доме как в семье.

Участники рассаживаются в круг. Знакомство, приветствие, правила участия в группе осуществляются в соответствии с той работой, в которую встроены занятия данного цикла.

Каждое занятие выполняет три цели: информирующую, мотивирующую и обучающую. При работе с навыками особое внимание обращается на рефлексию моделей поведения «другого» с переходом к саморефлексии. Например, ведущий спрашивает: «Что особенного вы заметили в поведении участников ролевой игры?», «Расскажите, как ведут себя в подобной ситуации члены вашей семьи?». В переходе к саморефлексии ведущий вначале задает вопросы или рассуждает о будущем: «А как бы вы себя повели в подобной ситуации?» или «Как бы вы повели себя в своей семье?». А затем переходит к настоящему и к прошлому: «А сейчас вы можете так себя вести? Для вас и для вашей семьи сейчас это приемлемо?», «Вспомните свой недавний опыт», «Было ли в вашей семье такое ранее?».

К каждому упражнению ведущий задает тайминг на его выполнение (5–10 мин). Рекомендуется теоретические вопросы равномерно делить по времени с практическими упражнениями.

Методическое обеспечение занятий

Занятия проводят медицинские психологи, специалисты по социальной работе, врачи-психотерапевты, предварительно ознакомившиеся с циклом занятий.

Цикл занятий проходит на базе подразделений наркологической службы: в наркодиспансерах, в стационарах и реабилитационных центрах. Его встраивают в плановую работу с пациентами в открытых, смешанных группах для лиц, имеющих и не имеющих несовершеннолетних детей.

Занятия проводят для пациентов и для взрослых членов их семей; оптимальное число участников группы – от 6 до 12 человек. Условием для участия в занятиях является нахождение в трезвости не менее одного месяца.

Продолжительность каждого занятия: 60–90 минут. Периодичность занятий: от ежедневных встреч до одного раза в месяц.

Последовательность тем может варьироваться в зависимости от актуальных потребностей группы. Темы и содержание занятий носят рекомендательный характер и могут быть дополнены и творчески модифицированы специалистами.

Требования к оборудованию:

- Отдельное помещение, пригодное для групповых занятий
- Флип-чарт с набором маркеров и губкой
- Планшеты
- Бумага А4 и ватман
- Ручки, набор фломастеров и карандашей
- Бейджи с именами участников
- Буклеты с информацией об организациях, оказывающих медико-социальную помощь, и работе групп само- и взаимопомощи

Занятие 1. Семья и ее функции

Цель: информировать о типах семей, функциях семьи и их нарушениях, мотивировать на активное участие в занятиях, обучение навыкам самоанализа.

Материалы к занятию: раздаточный материал карточки «Четыре голода» с учетом потребностей.

Текст ведущего. Для становления человека важны условия, в которых он родился и развивается. Ведущим условием для становления позитивного устойчивого «Я»-образа ребенка является принятие его родителями. Проявление родительской безусловной любви формирует у ребенка ощущение собственной значимости и ценности, способствует формированию положительного отношения к себе.

Семья – это сложная система взаимоотношений. Система сильнее, чем члены, ее составляющие. Все члены системы связаны друг с другом семейными правилами, которые определяют функции каждого человека, взаимоотношения между людьми, цели, к которым они все идут, как они намереваются достичь этих целей, что требуется и что запрещается на пути к этой цели. Нормально функционирующая семья (гармоничная) – это семья,

которая функционирует в соответствии с нормами, созданными ею самой и заимствованными из окружающего социума.

Вопрос для обсуждения в группе: Какие правила присутствуют в вашей семье?

После обсуждения текст ведущего.

Семья выполняет ряд функций:

- репродуктивную (продолжения рода)
- воспитательную
- хозяйственно-бытовую (жизнеобеспечения)
- эмоциональную
- культурного (духовного) общения
- первичного социального контроля и др.

В нормально функционирующей семье удовлетворяются базисные потребности в безопасности и защищенности, в принятии и одобрении, во внимании и принадлежности, потребность в удовольствиях и развлечениях, в уважении и признании, в росте и изменениях, в свободе и самоактуализации. Гармоничная семья способствует выработке своего рода «психологического иммунитета» к неблагоприятным влияниям среды.

В ситуациях, когда семья перестает выполнять свои основные функции, прежде всего – жизнеобеспечения, воспитательной функции и эмоциональной – она представляет угрозу жизни ее членам, прежде всего детям. Детям из таких семей сложно адаптироваться в обществе, им свойственна агрессия, аутоагрессия, тревожность. Дети убегают из дома, бродяжничают, прогуливают школу, совершают мелкие правонарушения, употребляют ПАВ. Взаимоотношения в семье становятся все более конфликтными и жестокими. В данном случае семья нуждается в социально-психологической помощи извне.

Вопрос для обсуждения в группе: Какие функции в вашей семье выполняются хорошо, какие не очень?

После обсуждения текст ведущего.

Признаки дисфункциональной семьи

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Закрытая семейная система: «Не говори, не чувствуй, не доверяй». Установка «не выносить сор из избы». Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия. Неспособность получить помощь извне.
3. Внутри семьи: дефицит доверия и вакуум интимности. Нет объятий – выражений любви.

4. Границы между членами семьи нарушены: а) отсутствие границ; б) поврежденные границы; в) стены вместо границ. Если границы отсутствуют, то человеку трудно сказать «нет» другому или защитить себя, он позволяет себя использовать физически, сексуально, эмоционально или интеллектуально. При поврежденных границах – человек может иногда и некоторым людям говорить «нет», устанавливая ограничения и иногда может позаботиться о себе. Когда вместо здоровых границ стены – за ними часто стоит гнев («Попробуй только приблизиться ко мне и что-то сказать – я за себя не ручаюсь») или страх («Не подходите ко мне, иначе я рассыплюсь»). Встречается также «стена молчания» и «стена слов», которые по-разному также позволяют человеку скрыться за ними. Обратная сторона – нарушители чужих границ, у которых у самих границы повреждены или отсутствуют. Они не замечают, что посягают на границы других членов семьи: «Я мать (жена) – я имею право» (влезает в личные дневники, лазанье по карманам, телефонам) (Пиа Меллоди; 2022). Пример поврежденных, недифференцированных границ в семье: «Если мама сердится, то сердятся все».

5. Замороженность правил и ролей. Обстоятельства меняются, дети растут, а правила остаются неизменными.

6. Конфликтность во взаимоотношениях. При этом, если конфликтуют родители – ребенок часто считает себя в этом виноватым, недостойным, формируется низкая самооценка и хроническое чувство вины. Семейные коалиции – когда спланиваются против кого-то.

7. Отсутствие уважения, поддержки: обвинения, выслушивание.

8. Саботаж: один заставляет, а другие стараются не сделать. Манипуляции как способ общения.

9. Абсолютизирование воли, контроля.

10. Склонность к полярности чувств и суждений (черное-белое, хорошо-плохо, святой-мерзавец). Не прощают ошибки.

11. В семье нет места развлечениям.

12. Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам. Вот некоторые из них: «взрослые – хозяйка ребенка»; «лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно»; «родители держат эмоциональную дистанцию»; «воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена, и как можно скорее».

В дисфункциональной семье выполнение функций оказываются нарушенными жизнь и семья⁵:

⁵ Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. 368 с.

- члены семьи не уделяют внимания друг другу, особенно родители детям; родители плохо относятся к детям либо вообще их не замечают;
- вся жизнь характеризуется непостоянством и непредсказуемостью, а отношения – ригидностью и деспотичностью;
- члены семьи озабочены отрицанием реальности, сокрытием неприятных семейных тайн от окружающих;
- в правилах семьи значительное место занимают запреты, свои потребности и интересы выражать запрещено, используются эмоциональные и физические репрессии.

Вопрос для обсуждения в группе: Что из перечисленного имеет место в вашей семье? Как вы к этому относитесь?

После обсуждения текст ведущего.

Возьмите карточки с текстом о «голоде» и лист бумаги для записи.

В карточках читаем о неблагополучных семьях, в которых существует 4 вида «голода», как сигнал о неудовлетворенных потребностях:

Карточки «Четыре голода»

В карточках каждый тип голода содержит перечень неудовлетворенных потребностей и фактор, вызывающий фрустрацию

<p>1. Биологический «голод» – Я хочу есть, но у меня нет еды. Я не уверен, мне страшно. Я хочу удовольствий, но у меня их почти нет. Я хочу жить без болей, но я часто испытываю боль. Я хочу секса, но у меня этого нет.</p>	<p>2. Психологический «голод» – Я хочу обниматься, но не с кем. Я хочу, чтоб меня понимали, но никому до меня нет дела. Мне не хватает внимания. Я хочу чувствовать себя хорошим. Я хочу быть нужным, но я одинок.</p>
<p>3. Социальный «голод» – Я хочу, чтобы меня принимали таким, какой я есть, но меня отвергают. Я хочу нравиться другим, но я вижу, что я мало кому нравлюсь. Я хочу, чтобы меня любили, но не чувствую этого. Я хочу быть разным, но все слишком однообразно в моей жизни.</p>	<p>4. Духовный «голод» – Я хочу душевного покоя, но я беспокойный. Я хочу, чтоб меня уважали, а всем на меня наплевать. Я хочу найти и понять смысл своей жизни, но сейчас я чувствую пустоту. Я хочу, чтоб меня ценили как значимого человека, но со мной не считаются.</p>

Заключительное задание для участников группы: Просматривая эти карточки, выпишите на листочке бумаги, какие типы «голода» у вас присутствуют сейчас, а какой у вашего ребенка, если он у вас есть.

Ведущий после обсуждения делает вывод: нормально функционирующая семья похожа на цветущее плодоносящее дерево, поучающее питание и хорошо укрепленное в земле. Дает зелень и защиту от жары или дождя.

А дисфункциональная семья подобна дереву с обломанными ветвями и выдернутыми корнями после бури. Оно бесконечно ранит и пугает и вызывает страх. Жизнь в подобных обстоятельствах превращает детей в социальных сирот при живых родителях, а родителей – в нарушителей закона.

Вы здесь, значит, проблема начала решаться.

Занятие 2. Ответственность родителей за детей. Стили воспитания

Цель: информировать о стилях родительского воспитания в семье с акцентом на тех, которые могут причинить вред ребенку, мотивировать на ответственное поведение родителей и изменение собственных негативных стилей воспитания собственных детей, обучение навыкам оценки паттернов поведения родительского стиля воспитания.

Материалы к занятию: два флипчарта / два листа ватмана, листы бумаги, ручки, фломастеры, карандаши.

Текст ведущего. Ребенку для полного и гармоничного развития его личности необходимо расти в благополучном семейном окружении, в атмосфере счастья, любви и понимания. Семья создается для того, чтобы дать ребенку чувство защищенности, опыт уважения и доверия к взрослым, сотрудничества, взаимной поддержки, заботы и ответственности. Ребенок, который лишен опыта нормальной семейной жизни или имеет только опыт неблагополучной семьи, неизбежно испытывает влияние, которое его деформирует в личностном, индивидуальном и социальном плане.

Ответственность родителей за жизнь, здоровье и развитие детей закреплена и на уровне законодательства. В соответствии с Семейным

кодексом РФ родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей (статья 65). Обеспечение интересов детей должно быть предметом основной заботы их родителей.

При осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей.

Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке.

В статье 69 Семейного кодекса РФ определено, что родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они: уклоняются от выполнения обязанностей родителей, в том числе при злостном уклонении от уплаты алиментов:

- отказываются без уважительных причин взять своего ребенка из родильного дома (отделения) либо из иной медицинской организации, образовательной организации, организации социального обслуживания или из аналогичных организаций;

- злоупотребляют своими родительскими правами;

- жестоко обращаются с детьми, в том числе осуществляют физическое или психическое насилие над ними, покушаются на их половую неприкосновенность;

- являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией;

- совершили умышленное преступление против жизни или здоровья своих детей, другого родителя детей, супруга, в том числе не являющегося родителем детей, либо против жизни или здоровья иного члена семьи.

Вопрос для обсуждения в группе: Знаете ли вы о Семейном кодексе? Кто больше в семье несет ответственность за воспитание детей – мать, отец, бабушки, дедушки, старшие дети? Почему?

После обсуждения текст ведущего.

Один из наиболее патогенных типов семейного воспитания – гипоопека⁶ с эмоциональной холодностью (воспитание по типу «Золушки»). Это может сочетаться разными формами насилия и жестокостью. Базовая потребность ребенка в любви и принятии не удовлетворяется. Вместо этого ребенок чувствует эмоциональное отвержение и зачастую даже враждебность самых значимых людей. Также неблагоприятным типом семейного воспитания

⁶ Гипоопека означает, что о ребенке мало или вообще не заботятся.

специалисты считают гипоопеку с эмоциональным принятием (мало родительской заботы и внимания компенсируются вседозволенностью). Негативное воздействие на личность ребенка оказывают стили семейного воспитания, противоположные предыдущим, – доминирующая гиперопека (чрезмерная опека, лишение самостоятельности) и потворствующая гиперопека (воспитание по типу «кумира семьи»), непоследовательный и противоречивый стиль семейного воспитания.

В семьях, где родители употребляют ПАВ, воспитание детей осуществляется по типу эмоционального отвержения, гипоопеки, либо по неустойчивому типу, когда чередуются чрезмерность требований и санкций вплоть до жестокости с потворствованием или игнорированием потребностей и интересов детей.

При описании стилей родительского воспитания часто используются следующие параметры: эмоциональное принятие-отвержение, автономность – контроль (директивность).

Отдельным параметром стиля воспитания является непоследовательность, которая лишает ребенка четких ориентиров, понимания пределов своих возможностей, чувства упорядоченности мира.

Рассказывая вышеизложенный текст, ведущий рисует на флипчарте две перпендикулярные оси, как показано на рисунке 1: первая ось «Принятие (вверх) – Отвержение (низ)», вторая ось «Автономность (слева) – Контроль (справа)». Далее в пояснениях рисует круги, отражающие семью, соответствующих стилям воспитания и пространствах.

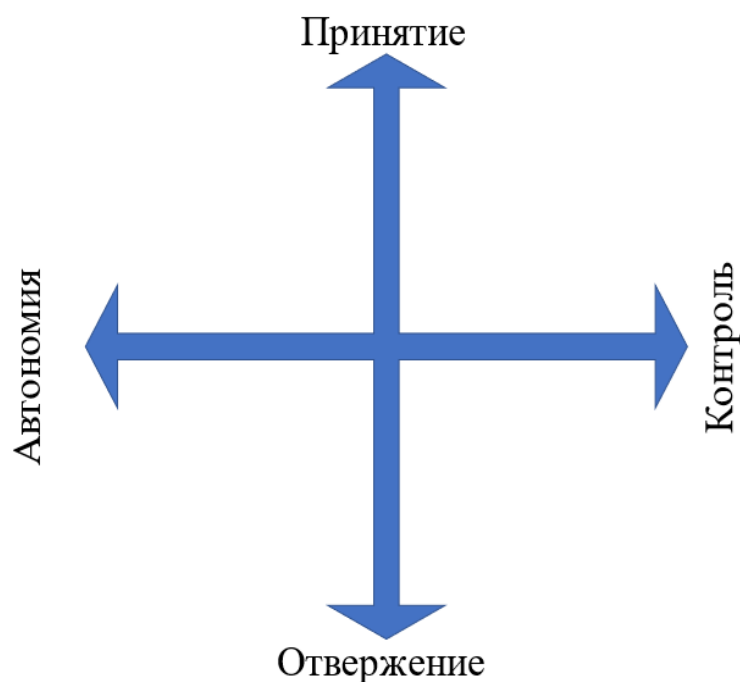


Рисунок 1 – Оси семейного воспитания детей

Текст ведущего: Известно, что ребенок нуждается в принятии и разумном, нечрезмерном контроле, который соответствует его возрасту и условиям жизни.

Наиболее благоприятный стиль воспитания – когда он находится в пространстве «Принятие и Контроль». Это благоприятный стиль для полноценного развития ребенка.

В пространстве «Контроль и Отвержение» *стиль воспитания преимущественно авторитарный. Воспитание по типу «Золушки».*

Пространство «Автономия и Отвержение» соответствует *воспитанию в стиле гипоопеки. Это брошенные дети при живых родителях.*

Пространство «Автономия и Принятие» соответствует проявлению *попустительского стиля воспитания, или, другими словами, гипоопеке с эмоциональным принятием, которое часто возникает, когда родитель любит ребенка, но на его воспитание нет времени.*

Давайте перейдем к упражнению «Какой это родитель?».

Упражнение «Какой это родитель?»

Ведущий предлагает всем участникам разделиться на две группы и создать образы безответственного и гиперответственного родителя.

Вырезать из ватмана фигуру человека и наполнить его составляющими поведения безответственности или гиперответственности в отношении своих детей.

Ведущий в диалоге помогает участникам сформулировать и записать на рисунке соответствующее паттерны поведение родителя.

Например:

Безответственный родитель: не контролирует основные вопросы жизнедеятельности ребенка, не следит за режимом, питанием, гигиеной ребенка; использует обвинения, критику, чрезмерные наказания в качестве основных воспитательных мер; игнорирует интересы ребенка; оставляет ребенка в опасных ситуациях; не посещает родительские собрания в школе; не следит за собственным здоровьем и др.

Гиперответственный родитель: делает уроки за ребенка; не отпускает никуда одного; излишне контролируют поведение ребенка, при этом контроль подается под видом заботы и любви; подавляет и ограничивает инициативу ребенка; делает за ребенка то, что он может сделать сам; ограждает ребенка от всех трудностей; разбирается с его конфликтами вместо него; опасается, что ребенок может заболеть, поэтому следит, чтобы он был всегда тепло одет, и др.

Каждая подгруппа презентует свой образ родителя. Обсуждаются причины появления такого родительского поведения и то, как можно такое поведение родителей изменить или исправить.

Ведущий после обсуждения делает вывод: Такие стили родительского воспитания, где проявляются безответственность и гиперответственность, создают условия, которые вредят развитию ребенка и приводят к негативным явлениям.

Ребенок либо не получает достаточно внимания, поддержки и контроля, либо лишается собственной инициативы и самостоятельности.

Все в ваших руках, дорогие родители!

Каждый родитель может изменить свой стиль негативный воспитания, если подойдет ответственно и будет вовремя обращаться за поддержкой. Быстрых изменений не произойдет! Вы на верном пути!

Занятие 3. Влияние употребления ПАВ на взаимодействие в семье

Цель: информировать о созависимых отношениях в семьях зависимых и ролевых взаимодействиях по типу «Треугольника Карпмана»; мотивировать на изменение созависимого взаимодействия, обучение навыкам рефлексии.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, удобная комната, где достаточно места для разыгрывания сцен, флипчарт, фломастеры.

Текст ведущего. Семейный психолог Гэри Чепмен писал, что среди эмоциональных потребностей детей «нет более важной, чем потребность в любви и внимании, потребность ощущать, что он или она принадлежат кому-то, что они желанны. Если детям уделяется соответствующее количество внимания и любви, то из них, скорее всего, получатся взрослые, обладающие чувством ответственности. Без такой любви у детей происходит задержка социального и эмоционального развития». Дети, воспитывающиеся в семьях, где родитель/родители употребляют ПАВ, лишены необходимой заботы и внимания, так как искажены и супружеские и детско-родительские отношения. Все члены такой семьи становятся созависимыми.

Вопрос для обсуждения в группе: слышали вы раньше о созависимости? Как вы думаете, что отличает созависимых людей от тех, кто живет обычной жизнью?

После обсуждения текст ведущего.

Созависимый супруг или супруга, сын или дочь, родитель или просто любящий кого-то, кто является химически зависимым, рассматривается в наркологии как человек, у которого развились физические, психические, эмоциональные и духовные состояния, напоминающие таковые при зависимости от ПАВ (Битти М., 1997).

Зависимый употребляет алкоголь, наркотики или играет в азартные игры, и его жизнь сосредоточена на веществе, которое он предпочитает всему остальному, или азартной игре. А созависимый точно так же сосредоточен на своем близком человеке – зависимом, на перепадах его эмоционального состояния, можно сказать, что созависимый следует за зависимым, как нитка за иголкой, и почти не живет своей жизнью.

Негативные последствия созависимости сказываются на всех сторонах жизни «созависимого», серьезно ухудшая ее качество и доставляя ему не только физические, но и душевные страдания (подчас более мучительные, чем у зависимых от ПАВ). Это связано с тем, что близкий человек принимает на себя роль «спасителя», посвящает всего себя больному вплоть до полного самозабвения, берет на себя ответственность за прекращение им наркотизации или алкоголизации. Когда этого не происходит, созависимый винит себя и испытывает целую палитру других негативных чувств (стыд, гнев, страх, тревогу, чувство безнадежности и отчаянья и пр.), которые он обычно подавляет, вытесняет или отрицает. Созависимый отказывается от своей личной жизни, увлечений, иногда даже работы, полностью сосредотачиваясь

на зависимом. Его состояние начинает определяться только состоянием близкого, которого он спасает. Он теряет способность расслабляться, поэтому находится в постоянном напряжении, ожидая негативного развития событий. Не может позволить себе отпустить контроль, не может радоваться, теряет доверие к людям, испытывает большие сложности в близких отношениях. Хронический стресс приводит к развитию хронических заболеваний. Многие поступки созависимых продиктованы страхом: страхом столкновения с реальностью, страхом быть брошенным(-ой), страхом потери контроля над жизнью и т.п. Страх одиночества толкает созависимого на долгие деструктивные отношения, которые не под силу вынести здоровому человеку.

Выделяют такие признаки созависимых отношений:

1. Люди, которые склонны к созависимости, чаще всего *не могут выразить словами собственные потребности* и соответственно удовлетворить их. Свои желания они либо вытесняют, либо проецируют на другого человека, при этом чужие потребности и желания могут приписывать себе.

2. Люди, находящиеся в созависимых отношениях, *испытывают хронические токсические эмоции*. При этом у них существуют трудности вербализации собственных эмоций из-за слабой личностной дифференцированности. Они используют разные неконструктивные способы «выключения», замещения и подавления эмоций.

3. Человек, который находится в созависимых отношениях, *не в силах перенести неопределенность*. Это способствует развитию депрессивных состояний, страхов, повышенной тревожности.

3. Частое игнорирование реальности приводит к *неспособности заводить искренние поддерживающие отношения*.

4. Несмотря на страдания, которые испытывают члены семьи зависимого, они длительно сохраняют эти отношения, поскольку для них это *привычный способ взаимодействия, идущий часто из родительских семей*.

5. Членам семьи, которые находятся в созависимых отношениях, *постоянно обесценивают друг друга*, трудно определить самооценку и свой вклад в те или иные ситуации в отношениях.

6. Созависимые члены семьи, как правило, *имеют низкую самооценку*. Они не доверяют другим людям и ожидают от них негативных оценок себя и своей семейной ситуации, поэтому их *поведение часто скрыто агрессивно и ригидно*. Они отрицают наличие у себя проблем и не мотивированы

изначально их решать, полностью относя все к проблемам зависимого: «Если он не будет пить – у нас все будет хорошо».

7. Созависимый человек *не способен найти достойные условия для собственного существования*, он готов жить в условиях страданий, предполагая, что они будут оценены с последующей благодарностью, например детьми.

Вопрос для обсуждения в группе: Наблюдали ли вы такие проявления у своих близких, знакомых или, может, у себя? С кем у вас ассоциируется созависимый человек?

После обсуждения текст ведущего:

Одним из проявлений созависимости в семейных отношениях является попадание в так называемую «эмоциональную ловушку», которую сейчас называют «Треугольником Карпмана». При этом в семье складываются три привычные семейные роли: Жертва, Преследователь и Спасатель.



Эти роли не закреплены жестко за участниками взаимодействия, один и тот же человек в течение дня может отыгрывать последовательно все три роли. Так, жена алкоголика может выступать сначала в качестве *Спасателя*, вызволяя мужа из неприятной ситуации, в которую он попал. Берет на себя ответственность, ожидая при этом благодарности. Когда же она не получает ее от мужа, она оказывается в роли *Жертвы*, со всеми присущими этой роли эмоциональными состояниями: жалостью к себе, обидой, беспомощностью, страданием.

Выходя из состояния пассивной агрессии – она может стать **Преследователем**, начав открыто агрессивно обвинять мужа, разжигая скандал. Соответственно остальные участники взаимодействия выполняют комплиментарные моменту роли из этого же треугольника. Переход из одной роли в другую сопровождается высвобождением интенсивных эмоций, что важно для поддержания эмоциональной зависимости от «повышенного эмоционального градуса».

В более спокойных и уравновешенных отношениях таким людям непривычно и скучно. Проигрывание данных ролей создает устойчивый патологический гомеостаз в зависимых семьях и передается последующим поколениям. Если один из участников взаимодействия хочет разорвать «порочный круг» без достаточной личностной проработки и осознания, он имеет очень большую вероятность вступить с новым партнером в аналогичные отношения.

Вопрос для обсуждения в группе:

Как вы думаете, такие отношения способствуют здоровью семьи и каждого ее члена? Как вы считаете, если не предпринимать специальных усилий и помощи специалиста по выздоровлению всех участников семейной драмы – зависимого, созависимого и других членов семьи (Преследователя, Жертвы и Спасателя), то семья сможет самостоятельно преодолеть сложившиеся отношения?

Вывод ведущего: Несмотря на все усилия созависимого, его действия по «спасению» зависимого не приводят к положительному результату. Даже наоборот, «порочный круг» созависимых отношений способствует рецидивам и дальнейшему развитию зависимости. Данный парадокс объясняется тем, что близкий человек берет на себя в целом главные жизненные функции зависимого члена семьи, проживает его жизнь вместо него, препятствуя таким образом его выздоровлению.

Выход из игры в Драматический треугольник возможен в процессе индивидуальной и семейной психотерапии, работы по программам самопомощи АА, АН, «АлАнон» и «НарАнон».

Переходим к упражнению «Треугольник Карпмана».

Упражнение «Треугольник Карпмана».

Ведущий: А теперь давайте разыграем ситуацию взаимодействия по треугольнику Карпмана.

Ведущий предлагает выбрать три участника из группы, которые будут играть членов семьи: мужа, жену, ребенка, бабушку, дедушку. Предлагает

им предварительно договориться, какую конфликтную ситуацию взаимодействия они разыграют.

Ведущий следит, чтобы в разыгранной ситуации проявились все три роли: Преследователя, Жертвы и Спасателя.

После завершения ролевой игры ведущий комментирует:

- как участники взаимодействия входили в привычную роль «Треугольника»,

- как одна роль смещается на другую у одного участника, например, Преследователь переходит в Жертву, Спасатель становится Преследователем и т.п.

После комментариев ведущий предлагает группе и участникам ролевой игры провести саморефлексию своих эмоций. Каждый из участников сценки делится своими переживаниями, как он себя чувствовал в своей роли.

Ведущий после обсуждения делает вывод: Игра по типу «Треугольника Карпмана» очень устойчива. Все ее участники испытывают сильные эмоции: гнев, отчаянье, страх, надежду, разочарование, обиду. Формируется привычка находиться в этих токсичных эмоциональных состояниях (даже зависимость от них) и ложное представление, что это «нормально», «все так живут».

На самом деле выход возможен. Для этого надо осознать последствия пребывания в таком ролевом взаимодействии для своей жизни и здоровья: постоянное попадание на одни и те же грабли в отношениях, пребывание в хроническом стрессе, напряжении, эмоциональное истощение, хронические болезни.

В ситуации взаимодействия осознать тот момент, когда ты начинаешь в очередной раз проигрывать роль из Треугольника Карпмана. И в этот момент сознательно отказаться от этой роли, а если ты в ней оказался – научиться выходить из нее. Об этом мы поговорим на следующих занятиях.

Занятие 4. Семейные роли

Цель: информировать о ролях взрослых и детей в неблагополучных семьях, которые негативно влияют на последующий жизненный сценарий

человека; мотивировать на позитивные изменения своих ролей, обучение технике отделения от роли.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, флипчарт, фломастеры.

Текст ведущего: Нормально функционирующая семья – это семья, которая ответственно и четко выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена (Эйдемиллер Э.Г., 2008).

Вопрос к участникам: А как растут дети в семьях, где пьянство – норма поведения в семье? *Ведущий выслушивает мнения участников.*

Продолжение: Дети из таких семей составляют группу высокого риска по формированию у них психических, поведенческих, неврологических и соматических нарушений. Поэтому к ним применимо выражение «группа риска».

Семьи, в которых один или оба родителя страдают от алкогольной или наркотической зависимости, объединяют три основных правила: «Не говори, не доверяй, не чувствуй».

В такой семье ребенок очень рано начинает понимать, что зависимость – это большой секрет семьи, и все плохое, что с ним связано, необходимо скрывать. Дети становятся недоверчивыми и неуверенными в себе из-за не сдерживаемых родителями обещаний, непоследовательности их поведения. В таких семьях жестоко обращаются с детьми, женщинами, беззащитными членами семьи и даже животными, нередко проявляют насилие (экономическое, правовое, психологическое, физическое, сексуальное насилие).

Необходимость сохранить лицо, уменьшить болезненные переживания, связанные с алкоголизацией или наркотизацией родителей, приводит ребенка и всех членов семьи к запретам на обсуждение реальных проблем, на проявление своих чувств: страха, стыда, вины, гнева и отчаяния, царящих в таких семьях.

Полученные отрицательные послы по мере взросления не позволяют этим детям устанавливать доверительные отношения, быть самостоятельными, различать свои и чужие границы. Низкий уровень самоуважения, выраженная потребность в одобрении любой ценой, готовность безропотно сносить жестокое обращение ведут у детей к формированию психологии жертвы.

В будущем дети пьющих родителей страдают разнообразными зависимостями, воспроизводят аутоагрессивный и наркологический сценарий родителей, передавая свою зависимость дальше по семейному дереву, и прервать этот «замкнутый круг» крайне сложно.

Вопрос для обсуждения в группе: Задумывались вы когда-нибудь о том, что то, как вы взаимодействуете с членами своей семьи или с близкими людьми, может быть повторением истории вашей родительской семьи?

Текст ведущего: В семье существуют определенные общеизвестные роли, заданные культурой общества. Но наряду с ролью человек может надевать еще дополнительные индивидуальные маски, которые могут использоваться для манипуляции другими членами семьи.

Семейные роли, как и другие социальные роли, соответствуют той нише и тому положению, которую занимает человек в семье и семейных отношениях. Семейная роль понимается как набор выполняемых задач: «мужа» и «жены», «матери» и «отца», «детей» и «родителей» и т. д. Исполнение семейной роли зависит от выполнения ряда условий, прежде всего – от правильного формирования ролевого образа. Человек должен четко представлять себе, что значит быть мужем или женой, старшим в семье или младшим, какого поведения ждут от него, какие правила и нормы диктует ему то или иное поведение. Для того чтобы сформировать образ поведения, человек должен точно определить свое место и место других в ролевой структуре семьи.

Поскольку все части семейной системы находятся в тесном контакте, то и ухудшение (улучшение) состояния одного из членов семьи неизбежно отражается на самочувствии других. По мере того как потребление ПАВ одним из членов семьи увеличивается, другие бывают вынуждены исполнять его (ее) роль. В результате может получиться, что один член семьи будет исполнять все роли (задачи) – зарабатывать деньги, воспитывать детей, заниматься домашним хозяйством и т.д. Или может возникнуть искажение ролей, например, когда дети вынуждены выполнять функции родителей, заботиться о младших детях и о своих пьяных родителях.

Маски отличаются от ролей тем, что маску надевает человек не для того, чтобы адаптироваться к группе, а для того, чтобы скрыть уязвимые места (негативные чувства, низкую самооценку). Роли ощущаются как часть себя («я использую ролевые навыки, но они мои»), а маски ощущаются как нечто чужое («я надеваю маску перед другими, а на самом деле я не такой»). Маски похожи на роли, но роль продиктована социальной ситуацией, а маски – психологическим состоянием или желанием манипулировать, управлять

другими и «дергать их за ниточки». Снятию масок мешает страх отвержения («меня настоящего не примут»), страх душевной боли и «вторичные выгоды», которые человек получает в результате манипуляции. Для того, чтобы снять маску, человек должен чувствовать себя безопасно, проработать свои страхи и потребность подчинять себе других. Маски и роли часто сложно отличить, так как внешне они могут быть похожи, а отличаются порой только внутренним переживанием.

Вопросы для высказывания мнения:

Приведите примеры своих ролей в семье. Какие маски бывают у других членов вашей семьи? *Ведущий выслушивает мнения участников.*

Продолжение: В семьях, где есть зависимый от ПАВ, нарушаются различные функции семьи. Такие семьи лишены достаточного эмоционального тепла и поддержки. Для жизни в такой семье ее члены вынуждены играть специфические роли и постоянно носить различные маски. Эрик Берн выделял роли специфической алкогольной семьи: *алкоголик, преследователь, простак, посредник, спаситель*. Его ученик Стивен Карпман сократил этот список до 3 ролей: *Преследователя, Спасателя и Жертвы*. Другие исследователи уделяют внимание детям, растущим в неблагополучных семьях, и их специфическим ролям-маскам (где роли совпадают с масками). Для детей характерны роли-маски: «семейный герой», «козел отпущения», «невидимка», «шут». Рассмотрим роли взрослых и детей в алкогольных семьях.

Пояснение для ведущего: дальнейший рассказ проводить в форме диалога-беседы.

1. Злоупотребляющий ПАВ – центральная фигура, его поведение определяет распределение остальных ролей. Обычно это взрослый член семьи, иногда старшие дети.

2. «Главный исполнитель» «прикрывает» злоупотребляющего, берет на себя его обязанности, пытается контролировать и скрывать его неблагоприятное поведение. Со стороны кажется сильным и ответственным, на самом деле может не уделять внимания своим нуждам и нуждам семьи.

3. «Семейный герой» – трудоголик и гордость семьи, тот, кого ставят в пример другим. Очень хочет всем нравиться, воспитателям, учителям, руководителям. Как правило, перфекционист, тревожный, гиперответственный, но ему всегда мало своих достижений, и он испытывает проблему низкой самооценки. Достижения для него – это способ получить любовь и почувствовать свою ценность и важность. Пытается уйти от

семейных проблем, но может выполнять обязанности «главного исполнителя».

4. «Козел отпущения» («бунтарь») впадает в гнев, чтобы привлечь внимание злоупотребляющего, который оправдывает свое поведение действиями «козла отпущения». Ими часто бывают престарелые родители, а также дети, имеющие высокий риск получения травм из-за своего рискованного поведения. Если это ребенок, подросток – у него есть лидерские задатки, но со знаком «минус». Он не подчиняется старшим, у него нет авторитетов, в своих проблемах обвиняет других людей. Переполнен обидами, страхами, враждебен. Чувствует себя покинутым и отвергнутым, чувствует свою неполноценность, имеет очень низкую самооценку. Пытается с помощью асоциального или антисоциального поведения получить негативное внимание как суррогат любви, которой ему так не хватает. На него «сыпятся все шишки» не только в семье, но и в школе, на работе. Часто у таких людей возникают проблемы с законом. У них может проявляться виктимность и самоповреждающее поведение.

5. «Заброшенный ребенок» («невидимка») – о нем забыли, пока решают свои проблемы. Ребенок предоставлен сам себе, испытывает трудности в общении, застенчив, главное для него – спрятаться и не участвовать в жизни семьи. Внешне производит впечатление спокойного и уравновешенного ребенка, а по сути – это мечтатель-одиночка, смотрит на жизнь как бы со стороны, привязан к вещам, например, к гаджетам, телевизору, а не людям. Часто эти дети имеют проблемы с лишним весом или с кожей. Они ведомы и склонны попадать в неприятные ситуации из-за нехватки навыков социализации. У них также часто проявляется виктимность. Испытывают большие трудности с построением близких отношений, не умеют говорить «нет». Испытывают проблемы с идентичностью, нерешительны, у них слабый интерес к жизни, нехватка радости.

6. «Семейный клоун» («шут») пытается отвлечь внимание от злоупотребляющего и скрывает свои переживания при помощи юмора. Обычно самый младший ребенок в семье. Часто он симпатичный, милый, инфантильный, незрелый, слабый, подстрекатель конфликтов, оставаясь при этом как бы в стороне. В семье он способен разрядить напряжение и создать оптимистичный настрой. Он считает, что отвечает за чувства других людей, постоянно сканирует настроение окружающих. Испытывает большие сложности с совладанием со стрессом, с принятием на себя ответственности, с выполнением обещаний.

Впоследствии «герой» может стать трудоголиком, «козел отпущения» – изгоем общества, «потерянный ребенок» – заболеть депрессией, а «семейный клоун» – остаться шутком, которого никто не воспринимает всерьез⁷. Однако возможны и другие, благополучные исходы, когда носители данных ролей приобретают другой уровень осознания своих проблем благодаря программам выздоровления для зависимых, ВДА, созависимых. Так, «козел отпущения» оказывается способен на эмпатию, из них получаются отличные специалисты помогающих профессий, поскольку они отлично знают, что значит быть отвергнутым. При этом они уравновешенны, реалистичны, исполнительны. Им лучше быть на вторых ролях. Могут проявлять смелость, умеют идти на риск. «Семейный герой» становится очень компетентным, уважаемым отличным сотрудником, преуспевающим человеком, ответственным за себя, а не за всех остальных, здоровым физически, так как начинает ценить свое здоровье. «Потерянный ребенок» может стать независимым, талантливым (богатое воображение), очень настойчивым и находчивым. «Клоун» перестает быть таковым, начинает ответственно относиться к своей жизни, сопереживает другим, при этом с ним легко и приятно в общении, он услужлив, остроумен.

Подведение к логическому выводу участников группы, используя вопросы:

Уточните, какие роли выполняли ваши родители применительно к вам, когда вы были ребенком? А теперь сделаем вывод, что ваши родители и другие взрослые члены семьи делали для вас. *Например, воодушевляли, ухаживали, наказывали, были примером для подражания, защищали, объединяли и сглаживали конфликты, стимулировали или сочувствовали, спорили и конфликтовали.*

Подведем итог – так какую же роль играли вы в своей родительской семье?

А теперь перейдем к упражнению «Отдели себя от роли».

Упражнение «Отдели себя от роли»

В упражнении ведущий обучает участников технике диссоциации личности и роли (техника неуязвимости). Слова ведущего:

1. Осознайте свою роль. Четко сформулируйте «сценарий» своей роли и основные ее элементы

2. Посмотрите на свою роль со стороны. Дайте себе подробное разъяснение, что ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ ВАШЕЙ РОЛЬЮ (например, «Моя роль подобна рабочему костюму, который я надеваю перед работой и снимаю

⁷ Пушина В.В. Особенности личности и семейных взаимоотношений у лиц мужского пола, больных алкоголизмом. ГОУ ВПО «Волжский гос. инженерно-пед. ун-т». – Нижний Новгород : ВГИПУ, 2007. – 168 с.

после нее. Вся грязь достается костюму и не относится ко мне», «Человек обозвал не меня, а ту должность, которую я занимаю», и т.д.)

3. Отслеживайте раздельность личности и роли в процессе взаимодействия⁸.

Выводы: сегодня мы обсудили с вами роли и маски, которые человек использует в семье. Несмотря на то что роль может быть устойчивой и сохраняться длительное время, негативно влияя на жизненный сценарий, хорошая новость заключается в том, что негативная семейная роль может поддаваться изменению. Для этого необходимо ее осознать, увидеть ее вред для вас и начать меняться. А впоследствии полностью от нее отказаться и принять более безопасную и привлекательную для вас роль.

Занятие 5. Переход от неблагополучной к здоровой семье

«Счастлив тот, кто счастлив у себя дома» (Л. Толстой)

Цель: информировать о признаках семейного неблагополучия и здоровой семьи; мотивировать на переход к позитивным изменениям, от неблагополучным признакам – к здоровым, обучение техникам перехода.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, подготовленные карточки к занятию.

Текст ведущего: Психическое здоровье и счастье родителей в решающей степени определяют благополучие детей на протяжении их жизни. От качеств и поведения родителей зависит, будут ли дети психически здоровы, противостоять пагубным привычкам, таким как курение, будут ли они вести себя социально приемлемым образом. Часто родители осознают, что допустили много ошибок в воспитании. При этом сами родители также часто воспитывались в неблагополучных семьях и транслировали опыт, который был ими получен из родительских семей. Для того, чтобы изменить этот «порочный круг» передачи неблагополучного опыта, надо последовательно и постепенно выполнить ряд действий:

⁸ Каменюк А.Г., Ковпак Д.В. Антистресс-тренинг.- СПб.: Питер, 2008 – 224 с. (с.120)

1. Четко понимать, что из себя представляет здоровая семья, как в ней живут, к чему надо стремиться.
2. Осознать и проанализировать, что именно было негативным в собственной актуальной и родительской семье.
3. Понять, откуда могли возникнуть те или иные неблагополучные правила, роли, отношения, способы взаимодействия (изучение своей семейной истории, обсуждение с психологом, составление генограммы).
4. Работать с психологом или по программе самопомощи (АлАнон, НарАнон, Coda, ВДА), сознательно меняя свои поведение, мысли, отношение. Хорошим методом самоизменения является ведение дневника самоанализа (когнитивно-бихевиоральная техника) с последующим обсуждением с психологом или наставником актуальных ситуаций.

Ведущий: Переходим к упражнению «Неблагополучная и здоровая семья»

Упражнение «Неблагополучная и здоровая семья»

Предварительно ведущий готовит раздаточный материал, который состоит из карточек, где на одной стороне написан признак неблагополучной и на другой стороне – признак здоровой семьи. Текст для карточек с двух сторон представлен в таблице 1 построчно. Карточки можно напечатать, разрезать и склеить две стороны. Третий столбец таблицы – это пояснения для ведущего (Таблица 1).

*Каждый участник получает двухстороннюю карточку. Затем участники знакомятся с текстом на карточке и разбиваются на мини-группы по 3 человека. В группе необходимо выбрать одну карточку из трех имеющихся, по которой мини-группа разыгрывает сценку. Вначале участники придумывают ситуации, в которой проявляется признак **неблагополучия**. Каждая мини-группа показывает сценку **неблагополучия семьи**.*

Ведущий: Теперь вы переворачиваете карточку и видите признак **здоровой** семьи. Вы можете изменить ситуацию или поведение участников в ситуации неблагополучия, чтобы проявился признак здоровой семьи.

*Потом каждая мини-группа обсуждает и разыгрывает новую сценку **здоровой семьи**. После каждой сценки ведущий спрашивает группу, достаточно ли здоровый признак продемонстрировала мини-группа, и, если необходимо, подсказывает, что можно улучшить и какие навыки могут помочь в разыгранной ситуации.*

Таблица 1 – Признаки здоровой семьи, что может мешать так поступать и какие навыки надо развивать

	Признаки здоровой семьи	Признаки неблагополучной семьи	Какие навыки могут помочь изменить ситуацию неблагополучия на здоровую
1	Открытое общение. Можно говорить о своих чувствах, обозначая проблему	Отсутствие общения. Грубое взаимодействие между членами семьи. Манипуляции как способ добиться своего	Применение техники «Я-высказываний», изменение негативных установок по отношению к людям
2	Поддержка, принятие помощи	Отсутствие поддержки, когда члены семьи в ней нуждаются. Отказ от помощи из-за недоверия. Отрицание трудной жизненной ситуации	Изменение негативных установок в отношении принятия помощи; приобретение положительного опыта обращения за помощью и оказания помощи и поддержки в сложной ситуации
3	Сотрудничество и уважение	Эгоизм. Враждебность. Неуважение, обесценивание. Подозрительность	Изменение негативных личностных установок в отношении других людей, укрепление самооценки, навыки уверенного общения
4	Доверие другому члену семьи	Недоверие. Привычка контролировать других. Страх перед общением с другими людьми	Изменение негативных личностных установок в отношении других, осознание проявлений, причин и последствий контролирующего

			поведения, отпустить обиды
5	Человек понимает, что важно уделять внимание разным членам семьи, и делает это	Чрезмерное внимание зависимому. Безразличие к другим членам семьи или на них не хватает времени	Изменение приоритетов, введение новых семейных традиций – общение за совместной трапезой, уделять не менее получаса общению с ребенком в день, помимо общения по делу
6	Воспитание самостоятельности и ответственности у детей	«Проще сделать самой, чем вас просить...» «Я обязан всегда помогать ребенку, поскольку он еще маленький» «Ребенка необходимо оградить от всех опасностей» За ребенка делают уроки, не привлекают к домашним делам	Навык делегирования ответственности, договор о необходимых правилах, разумный контроль за их соблюдением; признание свободы выбора и ответственности за этот выбор
7	Ошибки прощаются, на них учатся	Привычка критиковать других и себя за ошибки и оплошности. Понукают прошлыми ошибками. Повторение ошибочных действий без должных выводов	Признание важности анализа ошибок для личностного роста и развития, изменение черно-белого мышления, развитие навыков позитивного мышления

		«Я всегда прав (а)»	
8	Уважение прав и личностных границ каждого члена семьи; признание права другого на отличные взгляды, мысли, эмоции	Нарушение границ другого члена семьи Слияние с другим членом семьи («Я – это он (она)») Сильная ревность к членам семьи	Проработка темы границ с психологом или наставником; изменение установок на взаимодействие; признание свободы другого как ценности, навык безоценочного принятия себя и других
9	Открытое выражение чувств, в том числе положительных - любви, благодарности, восхищения и др.	Отсутствие привычки выражать позитивные чувства. Чувства не распознаются. Чувства неадекватны ситуации	Навыки эмоционального интеллекта: выражение, распознавание, управление чувствами и эмоциями у себя и у других
10	Признается ценность служения другим людям и духовного служения: благодарить, бескорыстно заботиться, дарить подарки и др.	Враждебность (агрессия, гнев) к другим и миру в целом. Жестокость. Насилие. Недоверие другим, гордыня. Привычка вспоминать обиды и втягивать в это других	Изменение системы ценностных приоритетов. Навык прощения. Смирение. Внимание к простым действиям заботы – налить чаю, поблагодарить
11	Трезвый образ жизни в семье. Благоприятная, дружелюбная обстановка в семье	Традиции пьянства в семье. Раздражение на детей. Конкуренция и зависть в семье за деньги, лучшую еду, одежду и др.	Договоренность относительно семейных границ трезвости; навыки саморегуляции, регулярное посещение групп самопомощи и работа по шагам
12	Воспитание меняется в	Родители не принимают во	Навык заботы о ребенке и понимание, в

	соответствии с потребностями ребенка	внимание нужды детей. Игнорируют возрастные потребности ребенка	каком возрасте и что нужно ребенку
13	Трудолюбие как семейная ценность. Равномерное распределение обязанностей (участвуют все работоспособные)	Чрезмерная ответственность одних и безответственность других. Одна работает, другие лентяйничают	Принятие рациональных решений, умение договариваться, делегировать выполнение домашних дел
14	В семье следят за порядком, чистотой, прививают детям навыки гигиены, заботятся о социальном статусе семьи и ее моральном облике	Неряшливость, беспорядок в доме. Неухаживаемые, грязные дети. Хвелятся тем, что находятся на иждивении государства или других людей. Распущенность поведения	Трезвость, гигиенические навыки, навыки уборки жилища, налаживания быта, забота о материальном обеспечении семьи. Навык поддержания социального статуса семьи
15	Миротлюбивая обстановка, стремление понять другого и разобраться в его просьбе или желании взаимодействовать	Семейные конфликты и скандалы, драки. Поиск виноватого. Из ребенка делают «козла отпущения»	Навыки разрешения конфликтов, спокойного общения. Отказ от соперничества. Конструктивные навыки преодоления трудностей

Вывод ведущего: проявления неблагополучной семьи – это не приговор. Их можно изменить. И для этого вы уже начали прикладывать усилия. Как только вы заметите неблагополучие в своей семье – постарайтесь сразу среагировать и начать это менять хотя бы немного.

Занятие 6. Этапы развития ребенка

Цель: информировать об этапах взросления ребенка и о возрастных потребностях детей; мотивировать на изменение способа взаимодействия с раздражительного и нетерпеливого на дружелюбный и поддерживающий; обучение навыкам похвалы, поддержки членов семьи, навыкам активного слушания ребенка.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, раздаточный материал по «Заповедям Януша Корчака», раздаточный материал к технике активного слушания.

Текст ведущего: Источником благополучия является родительская любовь и поддержка – материнская и отцовская. Связь матери и ребенка – это своеобразное неравенство, где один полностью нуждается в помощи, а другой оказывает ее альтруистично и бескорыстно. Для ребенка *мать* – источник эмоционального равновесия, самостоятельности и уверенности. Равнодушие или отвержение со стороны матери является ударом для детской психики, отрицательно сказывается на его развитии и повышает риск формирования психических нарушений (депрессии, тревоги), в том числе расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других ПАВ. *Отец* представляется ребенку в роли авторитета и руководителя, отождествляется с разумом и здравым смыслом. Отец помогает ребенку создавать социально полезные цели, так как больше, чем мать, ориентирован на предоставление ребенку самостоятельности и свободы.

По мере взросления ребенок приобретает новые навыки и знания, которые требуют изменения во взаимоотношениях с родителями. Неизменной остается лишь потребность ребенка, а затем подростка и юноши во внимании и принятии отцом и матерью.

Младенец полностью беспомощен и зависит от качества ухода и внимания со стороны матери. Вырастая, ребенок стремится ко все большей самостоятельности, что иногда переживается родителями как оскорбление и несправедливость. В попытках удержать ребенка под своим контролем родители могут использовать неадекватные и даже жестокие меры ограничений и наказаний. Невнимание к изменяющимся потребностям детей провоцирует ссоры и отчуждение между членами семьи, наносит незаживающие душевные раны, на долгие годы омрачающие взаимоотношения с самыми близкими людьми – родителями и детьми.

Выделяют несколько возрастных этапов в развитии детей, на которых возникают новые потребности и способности, в итоге позволяющие самостоятельно выживать и формировать свой собственный жизненный путь. *Базовыми потребностями ребенка, с которыми он рождается, являются биологические потребности* в еде, воде, воздухе, движениях. Это то, что необходимо ребенку для жизни и роста. Затем возникает **потребность в безопасности**. Эти потребности обычно удовлетворяет мать или лицо, ее заменяющее. То, насколько хорошо удовлетворяются эти потребности, влияет на всю последующую жизнь ребенка, формируя базовое доверие к миру либо отсутствие такового.

На стадии младенчества, но чуть позже, чем эти первые потребности, появляется социальная потребность ребенка – потребность в общении. «Комплекс оживления» – основное новообразование этого периода. Это улыбка, которой младенец реагирует на лицо матери, и двигательное возбуждение, которое сопровождает ее появление. Ребенок ограничен в формировании своих первых привычек набором тех возможностей, которые предоставляет ему мать. Постепенно ребенок начинает учитывать реакцию матери на свое поведение: неодобрительная оценка становится запретом, одобрительная – стимулом к активности. Отсутствие матери, ее холодность и безразличие ограничивают возможности социализации ребенка. Младенец, имеющий неотзывчивую, жестокую мать, лишается важного внешнего источника регуляции, не может развивать и поддерживать необходимые для него стимуляцию, уровень и ритм возбуждения, что ведет к рассогласованию системы «мать – младенец». В результате выраженный дефицит эмоционального общения с младенцем приводит к резкому замедлению психического развития ребенка, он становится уязвимым и подверженным риску аддиктивного поведения в будущем. Последствия материнской депривации, имевшей место до трехлетнего возраста, в дальнейшем невосполнимы.

Вопрос для обсуждения: С какого возраста вы себя помните? Кто для вас были мать и отец? Насколько были удовлетворены ваши потребности, о которых мы рассказывали?

Текст ведущего:

Теперь перейдем к раннему возрасту от года до трех лет. Это период вхождения в мир семейных отношений. Ребенок начинает больше реагировать на других родных кроме матери – отца, бабушек, дедушек и т.д. Общение взрослого с ребенком дает ему возможность начать осознавать себя как отдельного человека. Именно в раннем возрасте ребенок открывает себя как

отдельную персону. Он начинает произвольно овладевать своим телом, совершая целенаправленные движения и действия: ходить, бегать, лазать, открывать, закрывать, держаться, бросать, толкать и др. Основной потребностью ребенка на этом этапе является потребность автономно, самостоятельно исследовать предметы окружающего мира. Роль родителя – помогать ему в этом, предоставляя возможности для «исследований». Ребенок осваивает также разнообразные навыки – учиться есть самостоятельно, одеваться, пользоваться предметами для игры, рисовать. Родители прививают детям первые навыки гигиены, учат его умываться, чистить зубы, приучают пользоваться горшком. Родители должны предоставлять ребенку свободу, но ограничивать его ненавязчиво в тех сферах жизни, которые могут быть для него опасными.

Кризис трех лет – кризис выделения своего Я.

Кризис: буквально означает «разделение дорог». Китайский иероглиф, обозначающий кризис, сочетает в себе возможность и опасность. Кризис – критический момент или поворотный пункт на жизненном пути, сопровождающийся нарушением эмоционального баланса, переживанием угрозы (Василюк Ф.Е., 1984).

Ребенок трех лет требует еще больше свободы, он хочет делать все сам, проявляет свой характер, самостоятельность и активность возрастают. Родители же часто оказываются неготовыми к таким переменам и по-прежнему настаивают на своих правилах и требованиях к ребенку, игнорируя его желания. Если инициатива ребенка не поощряется, самостоятельность постоянно ограничивается, то возникают кризисные явления: негативизм, упрямство, строптивость, обесценивание, и конфликты с родителями становятся регулярными.

С трех лет начинается *возраст повторений* – ребенок будет вести себя так, как это принято, т.е. так, как ведут себя его родители. Растущее самосознание ребенка, феномен «Я сам» и стремление к самостоятельной деятельности требуют от родителей повышенного внимания и своевременной перестройки взаимоотношений.

Обращение ведущего: Постарайтесь вспомнить, где и как вы росли до 3 лет, кто больше всего вами занимался? Было ли это время для вас счастливым, спокойным? Как ваши родители реагировали на какие-то ваши ошибки – разбитые чашки и т.п.? Случалось ли вам заниматься чем-то вместе с вашими родителями? Можете вспомнить, какие сложности у вас были с вашими собственными детьми с года до 3 лет?

Продолжение:

Во время *дошкольного возраста от 3 до 7 лет* ведущая деятельность – сюжетно-ролевая игра. В игре ребенок моделирует человеческие взаимоотношения, осваивает правила и роли, выражает свои творческие способности. Начинают формироваться нравственные (гордость, стыд, совесть, чувство вины) и эстетические чувства, развивается эмпатия, потребность в самоутверждении и уважении. У ребенка появляется осознание собственных переживаний и эмоций, он учится понимать себя, определять свое место в социуме. Очень важно, чтобы родители оказались готовыми к изменениям и поддержали инициативность, любознательность и растущую самостоятельность ребенка. От поведения родителей зависит, будет ли их ребенок в будущем инициативным и предприимчивым или пассивным, самостоятельным или зависимым, уверенным в себе или нерешительным, тревожным, с высокой самооценкой или низкой, с преобладанием чувства вины и неадекватности.

В младшем школьном возрасте ведущей деятельностью вместо игры становится учебная деятельность. Поступление в школу связано с расширением круга социальных контактов и со сверстниками, и со взрослыми. Со сверстниками взаимоотношения носят характер кооперации либо соревнования. Происходит ослабление эгоцентризма, появляется понимание того, что существуют другие точки зрения. Ребенок осваивает моральные нормы, понятия справедливости и правил поведения. Успехи либо неудачи в учебе и взаимоотношениях влияют на самооценку и самовосприятие ребенка. Возрастает число негативных самооценок, поэтому ребенок нуждается в безусловном принятии и в общей положительной оценке себя в целом, вне зависимости от конкретных достижений.

Утрата детской непосредственности и наивности свидетельствует о **кризисе 7 лет**: ребенок размышляет, прежде чем действовать, начинает скрывать свои переживания, не показывает другим, что ему плохо. Основные новообразования школьника – рефлексия, анализ, планирование.

Обращение ведущего: Знакомы ли вам особенности детей дошкольного и младшего школьного возраста? Нравится ли вам этот возраст? Почему? Помните ли вы себя в этом возрасте? Каким ребенком вы были по характеру?

Продолжение: А теперь переходим к подростковому возрасту.

Подростковый возраст – наиболее трудный кризисный период взросления, во время которого происходит половое созревание, переход от социализации к индивидуализации, появляется стремление к самоутверждению и самовыражению, иногда – самовоспитанию. Для подростков характерны эмоциональная неустойчивость и чувствительность,

застенчивость и агрессивность, максимализм суждений и оценок. Несмотря на такое поведение, подросток по-прежнему нуждается в одобрении и поддержке со стороны родителей. Развивается самосознание и нравственные убеждения, оформляется самооценка. Основное новообразование возраста – чувство взрослости. Подросток требует все больше свободы. Если эту потребность игнорировать или подавлять, то рано или поздно это может привести к яростной протестной реакции с его стороны, вплоть до ухода из дома или суицида.

Родителям следует избегать морализаторства. Наладить отношения с подростком позволит диалог: спрашивайте совета по любому поводу; обсуждайте и договаривайтесь о правилах и ограничениях; обязательно делайте сами то, что вы требуете от подростка; делитесь своими переживаниями и проблемами семьи, но не настаивайте на откровенности от ребенка. Наказывая подростка, правильнее лишать его хорошего, чем делать ему плохое.

На этапе *юношеского возраста (от 15–16 лет до совершеннолетия)* происходит действительное взросление, формируется система ценностных ориентаций и целостного характера. Ведущее новообразование – предварительное профессиональное самоопределение и построение жизненных планов во временной перспективе. Формируется индивидуальный стиль мышления, развиваются воля и способности к самоуправлению. Трудные задачи выбора профессии, самоопределения и начало самостоятельной жизни могут провоцировать рост напряженности, тревожности, невротические реакции. Адаптироваться к новой жизненной ситуации помогает поддержка семьи и уверенность в себе, чувство компетентности.

Отношения с молодыми людьми должны строиться на основе взаимного уважения, партнерства, доверия. По-прежнему от родителей в значительной мере зависит, насколько теплыми и близкими останутся отношения с уже повзрослевшими детьми.

В целом можно заметить, что изменения, происходящие с детьми по мере их взросления, требуют и от родителей готовности изменять свои правила, приоритеты и способы взаимодействия с детьми на каждом возрастном этапе.

Конечно, четкие правила и система запретов необходимы, но их не должно быть много. Они должны касаться именно вопросов безопасности жизни и здоровья ребенка и соблюдаться неукоснительно, несмотря на попытки детей и подростков «проверить» их прочность. Важно, чтобы все

члены семьи соблюдали принятые правила, так как дети перенимают те образцы поведения, которые они замечают у своих близких, а не те, о которых им только рассказывали.

А теперь перейдем к упражнению «Заповеди Януша Корчака»

Упражнение. «Заповеди Януша Корчака».

Ведущий раздает листки с «заповедями».

Ведущий: Чтобы поддерживать баланс любви, принятия и контроля при воспитании детей, нам помогают **заповеди Януша Корчака** (1878–1942) – выдающегося польского педагога, писателя, врача, отказавшегося покинуть 200 своих воспитанников, когда их во время немецкой оккупации отправили на смерть в концлагерь в Трешлинку.

Прочитайте внимательно эти «Заповеди» и скажите, что из них вам откликнулось? А с чем вы не согласны?

Заповеди Януша Корчака

1. Не жди, что твой ребенок будет таким, как ты, или таким, как ты хочешь. Помоги ему стать собой, а не тобой.

2. Не требуй от ребенка платы за все, что ты для него сделал. Ты дал ему жизнь, как он может отблагодарить тебя? Он даст жизнь другому, тот – третьему, и это необратимый закон благодарности.

3. Не вымещай на ребенке свои обиды, чтобы в старости не есть горький хлеб. Ибо что посеешь, то и взойдет.

4. Не относись к его проблемам свысока. Жизнь дана каждому по силам, и будь уверен – ему она тяжела не меньше, чем тебе, а может быть, и больше, поскольку у него нет опыта.

5. Не унижай!

6. Не забывай, что самые важные встречи человека – его встречи с детьми. Обращай больше внимания на них – мы никогда не можем знать, кого мы встречаем в ребенке.

7. Не мучь себя, если не можешь сделать что-то для своего ребенка, просто помни: для ребенка сделано недостаточно, если не сделано все возможное.

8. Ребенок – это не тиран, который завладевает всей твоей жизнью, не только плод от плоти и крови. Это та драгоценная чаша, которую жизнь дала тебе на хранение и развитие в нем творческого огня. Это раскрепощенная любовь матери и отца, у которых будет расти не «наш», «свой» ребенок, но душа, данная на хранение.

9. Умей любить чужого ребенка. Никогда не делай чужому того, чего не хотел бы, чтобы делали твоему.

10. Люби своего ребенка любым – неталантливым, неудачливым, взрослым. Общась с ним, радуйся, потому что ребенок – это праздник, который пока с тобой.

Ведущий: Сейчас вы узнали о том, как воспитывать и искренне любить ребенка. Молодцы! Приятно, когда вас хвалят? Теперь поучимся этому и перейдем к следующему упражнению «Ты молодец, потому что...».

Упражнение «Ты молодец, потому что...»

Участник группы рассказывает соседу, сидящему слева от него, о своей родительской проблеме или затруднении во взаимоотношениях с ребенком (другим близким человеком).

Его сосед говорит так, чтобы оказать поддержку рассказчику, и начинает с фразы: «Все равно ты молодец, потому что...»

Варианты поддержки: «тебя это тревожит», «ты не оставляешь без внимания нарушения в поведении ребенка», «ты самосовершенствуешься и учишься сейчас быть успешным родителем».

Затем каждый участник рассказывает о своей проблеме следующему участнику. Это повторяется до тех пор, пока все участники группы не побывают в роли оказывающего поддержку и принимающего ее.

После упражнения участники обсуждают в группе чувства, возникшие при их выполнении, по предложенному алгоритму:

- какими словами вы оказывали поддержку, какие чувства испытывали при этом?

- нуждаются ли в поддержке наши дети, даже если они демонстрируют плохое поведение?

Перейдем к следующему упражнению

Упражнение: «Активное слушание»

Ведущий: Техника «Активное слушание» (АС) применяется, когда у ребенка проблема. Он расстроен, обижен, ему стыдно, страшно и т.д. Первое, что нужно сделать в этот момент, это дать понять, что вы знаете о его переживаниях, «слышите» его.

Активно слушать – значит «возвращать» ему в беседе то, что он вам поведал, при этом обозначать его чувства. Активное слушание вызывает доверие у ребенка. В то время как советы, инструкции, приказы взрослого

вызывают и передают недоверие, потому что в этом случае родитель принимает ответственность на себя, за решения проблемы.

А теперь перейдем к тренировке. Разбейтесь на пары.

Первый участник исполняет роль «ребенка», он берет карточку с фразой, в которой он говорит о значимой для него ситуации, и читает ее вслух.

Второй участник исполняет роль «родителя». В своих словах, ответной реплике, он говорит о чувствах, которые испытывает ребенок в этой ситуации.

Пример:

«Ребенок» говорит: «Сегодня, когда я выходила из школы, мальчишка выбил у меня рюкзак, и из него все высыпалось». Родитель отвечает: «Тебе было очень обидно и больно от такой несправедливости...».

Вам понятно?

Ведущий предлагает вытянуть карточки с ситуациями:

1. Сегодня, когда я выходила из школы, мальчишка выбил у меня рюкзак, и из него все высыпалось
2. Старший сын – маме: «Ты всегда ее защищаешь, говоришь «маленькая, маленькая», а меня никогда не жалеешь
3. Сегодня на уроке математики я ничего не поняла и сказала об этом учителю, а все ребята смеялись
4. Мам, ты знаешь, я сегодня первый написал и сдал контрольную
5. Ребенок поссорился с отцом и ушел в свою комнату. Когда вы вошли, он сказал: «Я больше никогда не буду с ним разговаривать!»
6. У меня некрасивая фигура, и туфли дурацкие. Я не пойду на экскурсию с одноклассниками
7. Ребенок роняет, разбивает телефон: «Ой! Мой телефон!» И начинает рыдать

Примерные варианты ответов:

1. Тебе было очень обидно и больно от такой несправедливости...
2. Тебе хочется, чтобы я тебя тоже защищала и жалела...
3. Тебе было очень неловко и обидно...
4. Ты радуешься такому успеху...
5. Ты обижаешься и злишься на папу, потому что он несправедливо накричал на тебя
6. Я вижу, что ты не очень довольна своей внешностью, своими туфлями, и боишься, что одноклассники будут смеяться над тобой...

7. Ты расстроилась, и тебе жалко телефон, ты боишься, что папа будет недоволен

При необходимости можно воспользоваться таблицей чувств и эмоций из занятия

Таблица. 1. Чувства и эмоции

ГНЕВ	СТРАХ	ГРУСТЬ	РАДОСТЬ	ЛЮБОВЬ
БЕШЕНСТВО	УЖАС	ГОРЕЧЬ	СЧАСТЬЕ	НЕЖНОСТЬ
ЯРОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	ТОСКА	ВОСТОРГ	ТЕПЛОТА
НЕНАВИСТЬ	ИСПУГ	СКОРЕБЬ	ЛИКОВАНИЕ	СОЧУВСТВИЕ
ИСТЕРИЯ	ОЦЕПЕНЕНИЕ	ЛЕНЬ	ПРИПОДНЯТОСТЬ	БЛАЖЕННОСТЬ
ЗЛОСТЬ	ПОДОЗРЕНИЕ	ЖАЛОСТЬ	ОЖИВЛЕНИЕ	ДОВЕРИЕ
РАЗДРАЖЕНИЕ	ТРЕВОГА	ОТРЕШЕННОСТЬ	УМИРОТВОРЕНИЕ	БЕЗОПАСНОСТЬ
ПРЕЗРЕНИЕ	ОШАРАШЕННОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	УВЛЕЧЕНИЕ	БЛАГОДАРНОСТЬ
НЕГОДОВАНИЕ	БЕСПОКОЙСТВО	БЕСПОМОЩНОСТЬ	ИНТЕРЕС	СПОКОЙСТВИЕ
ОБИДА	БОЯЗНЬ	ДУШЕВНАЯ БОЛЬ	ЗАБОТА	СИМПАТИЯ
РЕВНОСТЬ	УНИЖЕНИЕ	БЕЗНАДЕЖНОСТЬ	ОЖИДАНИЕ	ИДЕНТИЧНОСТЬ
УЯЗВЛЕННОСТЬ	ЗАМЕШАТЕЛЬСТВО	ОТЧУЖДЕННОСТЬ	ВОЗБУЖДЕНИЕ	ГОРДОСТЬ
ДОСАДА	РАСТЕРЯННОСТЬ	РАЗОЧАРОВАНИЕ	ПРЕДВКУШЕНИЕ	ВОСХИЩЕНИЕ
ЗАВИСТЬ	ВИНА, СТЫД	ПОТЯСАНИЕ	НАДЕЖДА	УВАЖЕНИЕ
НЕПРИЯЗНЬ	СОМНЕНИЕ	СОЖАЛЕНИЕ	ЛЮБОПЫТСТВО	САМОЦЕННОСТЬ
ВОЗМУЩЕНИЕ	ЗАСТЕНЧИВОСТЬ	СКУКА	ОСВОБОЖДЕНИЕ	ВЛЮБЛЕННОСТЬ
ОТВРАЩЕНИЕ	ОПАСЕНИЕ	БЕЗЫСХОДНОСТЬ	ПРИНЯТИЕ	ЛЮБОВЬ К СЕБЕ
	СМУЩЕНИЕ	ПЕЧАЛЬ	НЕТЕРПЕНИЕ	ОЧАРОВАННОСТЬ
	СЛОМЛЕННОСТЬ	ЗАГНАНОСТЬ	ВЕРА	СМИРЕНИЕ
	ПОДВОХ		ИЗУМЛЕНИЕ	ИСКРЕННОСТЬ
	НАДМЕННОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБИЕ
	ОШЕЛОМЛЕННОСТЬ			ДОБРОТА
				ВЗАИМОВЫРУЧКА

Вопросы для обсуждения:

- ✓ Какие чувства возникают у ребенка, когда мы таким образом реагируем на его сложные ситуации?
- ✓ Какой эффект мы получаем, используя активное слушание?

Выводы: На нашей встрече вы узнали этапы взросления ребенка от рождения до юношеского возраста. Для каждого возрастного этапа характерны свои особенности поведения, потребности, конфликты. Ребенок проходит кризисные точки своего развития. И от родителей много зависит, насколько успешно он справится со своими возрастными проблемами.

Учитесь хвалить и поддерживать своих детей, даже в тех случаях, когда вы сами заняты и раздражены.

Сегодня вы освоили навык эмоциональной поддержки и активного слушания.

Занятие 7. Здоровый образ жизни – главное в развитии детей

Цель: информировать о сферах жизни, которым нужно уделять внимание при воспитании ЗОЖ у детей; мотивировать на изменение неэффективных форм поведения; обучение родителей навыкам ЗОЖ и психогигиены.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, раздаточный материал по Таблице «Сферы здорового образа жизни» для каждого участника; набор популярных журналов для составления коллажа, 2 листа ватмана, 4 клеящих карандаша, 4 набора фломастеров по 6 цветов.

Текст ведущего: Взросление детей – это сложный и длительный процесс, для успешного прохождения которого необходимы и физические, и эмоциональные ресурсы. Их укрепление и поддержание во многом зависит от того, насколько здоровым будет образ жизни ребенка и его ближайшего окружения.

К важнейшим элементам здорового образа жизни относятся режим дня, навыки гигиены, сбалансированное питание, физическая активность и др. Рассмотрим их подробнее.

Составление и соблюдение режима дня

Режим дня – это система распределения периодов сна и бодрствования, приемов пищи, гигиенических и оздоровительных процедур, занятий и самостоятельной деятельности детей. Режим дня можно организовывать ребенку старше 10 месяцев, так как в более раннем возрасте продолжительность бодрствования еще находится в процессе становления. Задача мамы – отслеживать рост времени бодрствования, выстраивая ритм дня, наблюдая за сигналами усталости и распределяя активные и расслабляющие занятия с малышом.

Соблюдение определенного режима дня влияет на эмоциональное и физическое здоровье ребенка: чем стабильнее режим, тем более уравновешенным, жизнерадостным и дисциплинированным будет ребенок. Регулярность определенных действий (от умывания до вечерней сказки перед сном) позволяет сформировать привычки и в дальнейшем избавляет от конфликтов по поводу их исполнения. Соблюдение режима дня становится основой успехов в обучении и карьере, так как учит рационально использовать время.

Вопросы для обсуждения:

Насколько для вас важен режим дня ваших детей, ваш собственный? Почему это важно? Как с этим обстоит дело в вашей семье? Как относились ваши родители к вашему режиму дня, когда вы были ребенком?

Текст ведущего: Продолжим разбирать нашу сегодняшнюю тему.

Гигиена тела и чистота в доме

Пренебрежение правилами гигиены неизбежно приводит к риску развития кишечных инфекций, и в целом – к ухудшению физического и психологического состояния ребенка. Обучение гигиене начинается в возрасте старше 12 месяцев. Первыми гигиеническими навыками являются правильное мытье рук, особенно после посещения туалета и возвращения с улицы, умывание, ежедневное купание, самостоятельное застегивание пуговиц или застежек-липучек. В 2–3 года формируется привычка жевать с закрытым ртом, не чавкать, хорошо пережевывать пищу. Начиная с 3–4 лет нужно приучать ребенка чистить зубы правильно, при чихании и кашле прикрывать лицо платком, совершенствовать правила поведения за столом. К 7 годам ребенок обучается пользоваться расческой, вешать одежду в предназначенном для этого месте, следить за чистотой одежды и обуви.

При этом крайне важно обучать навыкам самообслуживания постепенно, поощряя ребенка к самостоятельному исполнению правил гигиены и выработке, таким образом, здоровых привычек и здорового образа жизни в целом.

Наиболее благоприятным периодом для развития чувства чистоты является период до 4 лет. Если до этого возраста ребенку не прививали гигиенических навыков, то общая неряшливость станет его чертой характера.

Нерегулярность и непостоянство родительских требований и правил влияет на уверенность взрослеющего человека, его отношение к своим потребностям и личным границам.

Согласованные правила, которых придерживаются все члены семьи, чистота и аккуратность в доме создают благоприятный климат, здоровые привычки формируют у ребенка представление об упорядоченности мира и собственных возможностях влияния на окружающую его среду и на свою жизнь.

Вопросы для обсуждения: Кто в вашей семье обычно убирает, стирает? Аккуратность – это что для вас? Кто самый аккуратный в вашей семье?

Текст ведущего: Продолжаем изучать факторы, на которые нужно обращать внимание родителю, воспитывающему несовершеннолетних детей.

Сбалансированное питание

Растущий организм ребенка нуждается в полноценном питании, в котором должны быть сбалансированы белки, углеводы и жиры (в соотношении 1:1:4).

Белки – основа живой клетки, в их состав входит азот. Белки являются главным строительным материалом развивающегося организма ребенка. Недостаток белка, как и его избыток, замедляет его рост и развитие. Ребенку необходимо получать пищу, состоящую из 65% белков животного происхождения: мясо, рыба, молоко, творог, сыр (белки молочных продуктов особенно ценны для ребенка) – и 35% белков растительного происхождения (картофель, капуста, гречневая, рисовая, овсяная крупы). Белки растительного происхождения хуже усваиваются, чем белки животные. Чтобы повысить их усвояемость, детям необходимо давать не только крупяные и мучные блюда, но и овощные. Жиры – один из источников энергии, которые, сгорая в организме, выделяют большое количество тепла. По калорийности жиры в 2 раза превосходят белки и углеводы. Недостаток жиров в организме ребенка не только неблагоприятно сказывается на весе, но понижает иммунитет к инфекционным заболеваниям. Но чрезмерное употребление жиров отрицательно влияет на рост и развитие организма, у ребенка может наступить ожирение, ведущее к нарушению обмена веществ.

Углеводы находятся в продуктах в виде сахара, крахмала или клетчатки. Сахар содержится во фруктах, ягодах, овощах, конфетах, варенье, меде. Крахмал – в хлебе, мучных изделиях, крупах, бобовых, картофеле.

Здоровое питание предполагает разнообразие блюд, предпочтение зерновым продуктам и овощам, замену мяса на рыбу, меньше сладостей и поваренной соли, обваривание, но не обжаривание продуктов.

Одно из основных правил при организации питания детей – не принуждать, так как пищевое принуждение – один из самых страшных видов насилия над организмом и личностью, наносящий серьезный вред и физический, и психический. Если человека регулярно заставлять делать что-то помимо его воли, у него возникает естественный протест и злость на того, кто ущемляет его свободу.

Вопросы для обсуждения: Как вы обычно питаетесь? Кто готовит? Что для вас значит «вкусно поесть»? Как часто ваша семья собирается, чтобы поесть вместе?

Текст ведущего: Продолжим....

Физическая активность и закаливание

Доказана взаимосвязь уровня физической активности и умственной работоспособности; тренированность организма ребенка повышает его сопротивляемость негативному влиянию внешней среды. Адекватная физическая активность содействует улучшению эмоционального состояния, полноценному укреплению здоровья. Напротив, гиподинамия – это

доказанный фактор риска общей задержки развития организма ребенка, нарушений регуляции обмена веществ и сопротивляемости заболеваниям, и, как следствие, приводит к снижению когнитивного развития и работоспособности ребенка.

Двигательная активность – это биологическая потребность в движении, связанная с механизмом саморегуляции активности, определяющая здоровье человека. Высокий уровень здоровья, развитые физические качества ребенка возможны при обеспечении достаточного объема двигательной активности в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей.

Основное правило организации физической активности ребенка – не запрещать, а регулировать. Например, детей, чрезмерно много двигающихся, не ограничивать в подвижности, а обратить их внимание на движения, требующие сдержанности и осторожности: попасть в цель мячом; прокатить мяч по дорожке; ходьба и бег по ограниченной площади; действия с предметом по очереди и т.д.

Физическую активность полезно сочетать с процедурами закаливания. Закаливание должно проводиться систематично, лучше всего с самого рождения, и продолжаться в течение всей жизни. Необходимо также считаться с индивидуальными особенностями ребенка. Большое значение имеет и заинтересованность детей. Личный пример взрослых также имеет большое значение: если взрослые сами боятся холода, не любят прогулок, вряд ли дети будут с удовольствием выполнять закаливающие процедуры.

Лучшие результаты достигаются с помощью водного закаливания. Самая нежная из водных процедур – обтирание смоченной в воде материей легкими массирующими движениями от периферии к центру. После обтирания тело растирают сухим полотенцем. Другими способами водного закаливания являются обливания (местное и общее), купание в естественных водоемах.

Самым распространенным является закаливание воздухом: воздушные ванны, проветривание, сон на свежем воздухе.

Закаливающее воздействие солнца невозможно переоценить, однако необходимо соблюдать меры осторожности, так как солнце является сильнодействующим закаливающим средством. Солнечные ванны противопоказаны детям младше 1 года, крайне осторожно их можно использовать от 1 года до 3 лет. Абсолютным противопоказанием к проведению солнечных ванн является температура воздуха 30 °С.

Эффект от физических упражнений и процедур закаливания будет выше, если дети и родители будут их выполнять вместе, поддерживая и воодушевляя друг друга на новые достижения.

Вопросы ведущего:

Какими качествами должен обладать человек, чтобы регулярно заниматься спортом или делать зарядку? Кто в вашей семье обладает такими качествами?

Переходим к упражнению.

Упражнение 1. «Сферы здорового образа жизни».

Ведущему: Каждому участнику необходимо раздать таблицу «Сферы здорового образа жизни» целиком и ручки.

Текст ведущего: Сейчас я раздам вам таблицу «Сферы здорового образа жизни», в которой собраны темы, которые мы с вами обсуждали сегодня. Посмотрите на каждую сферу и оцените по 5-балльной шкале, насколько они у вас отклоняются от тех нормативов, которые мы с вами обозначили. «5» – максимально соответствует тому, что нужно; «4» приближается к тому, что нужно, но есть то, что можно улучшить в этой сфере, «3» – оценка удовлетворительно, будем улучшать; «2» – плохо, понимаю, что это важно, но пока мало что получалось наладить; «1» – очень плохо, вообще не придавал (а) значения этой сфере. После того, как вы поставите себе оценку, напишите, что вы можете изменить в данной сфере, чтобы результаты стали лучше?

Таблица «Сферы здорового образа жизни».

Составление и соблюдение режима дня		Оценка	Сбалансированное питание		Оценка
<i>Что я могу изменить</i>			<i>Что я могу изменить</i>		
Гигиена тела и чистота в доме		Оценка	Физическая активность и закаливание		Оценка
<i>Что я могу изменить</i>			<i>Что я могу изменить</i>		

Текст ведущего: Давайте обсудим, что у вас получилось.

Ведущий называет первую сферу. Участники по очереди называют свою оценку, которую они себе поставили за первую сферу, и говорят, что они могут изменить к лучшему в этой сфере. Если кто-то затрудняется, ведущий и другие участники ему помогают. Последовательно обсуждаются все четыре сферы.

При недостаточно развитом интеллекте участников группы вместо первого упражнения предлагается провести второе.

Упражнение 2. Коллаж «Сферы, которые важны для ЗОЖ детей в семье».

Участники делятся на 4 подгруппы. Каждая подгруппа получает пол-листа ватмана, фломастеры, клей и популярные журналы, которые можно разрезать. Подгруппа должна сделать коллаж по одной из тем: «Почему ребенку важен режим дня», «Сбалансированное питание для ребенка», «Гигиена тела и чистота в доме для здоровья детей», «Физическая активность и закаливание ребенка». На выполнение дается 20 мин. По окончании группы представляют свои коллажи.

Выводы: Сегодня мы с вами проработали важную тему для воспитания и развития детей. Мы обсудили четыре сферы жизни, которым надо уделять внимание, воспитывая ребенка, чтобы это помогало его развитию и здоровью. Вы смогли четко оценить каждую сферу, насколько она развита у вас, и наметить пути, как вы можете улучшить вашу ситуацию.

Занятие 8. Трудности общения в семье

Цель: информировать о важности и о приемах эффективного общения в семье; мотивировать на изменение сложившихся неэффективных форм общения; обучение навыкам «Я-высказываний» и «Активного слушания».

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, флипчарт, фломастеры, раздаточный материал «Ты-высказывание» / «Я-высказывание», таблица «Чувства, эмоции», карточки с фразами «Ты-высказываний» для упражнения, карточки с фразами по технике «Активное слушание».

Текст ведущего: Эмоциональный настрой, господствующий во взаимоотношениях супругов, имеет большое значение для общей атмосферы в семье и для эмоционального состояния ребенка. Порой родители совершенно не дают себе отчета в том, что их неумение разрешить

собственные проблемы тяжким бременем ложится на детские плечи, приводя к появлению в его психике очагов патологических переживаний. Важно учиться эффективным способам ведения диалога в семье, как родителям между собой, так и между взрослыми и детьми.

Обсуждение в группе:

С кем из членов вашей семьи вам сложнее всего общаться? С кем проще? Почему, как вы думаете?

Как вы преодолеваете эти сложности?

Ведущий обсуждает общение в семье и разъясняет участникам опыт эффективного и неэффективного общения на конкретных примерах.

Текст ведущего:

Эффективное общение – это обмен информацией в атмосфере доверия и взаимного уважения; стремление не только высказать свою точку зрения, но и понять собеседника.

Неэффективное общение – это пререкание с окружающими, когда говорящего перебивают, не слушают; это разногласия и конфликты, взаимное непонимание, оскорбления.

Доказал свою эффективность такой инструмент общения, как техника «Я-высказываний».

О технике «Я-высказывание»⁹

Я-высказывание – это способ сообщения другому человеку (ребенку, взрослому) о собственных чувствах, переживаниях, о том, чего вы хотите, о своих интересах и т.п. Оно редко вызывает протест. «Я-высказывание» всегда начинается с личного местоимения: «я», «мне», «меня».

Чаще применяется в тех случаях, когда поведение другого человека вызывает отрицательные переживания: разочарование, беспокойство, тревогу, раздражение, злость, горечь.

Я-высказывание – форма высказывания, когда человек говорит о своих намерениях, своем видении, своем состоянии и своих чувствах, стараясь не задевать и не обвинять окружающих.

Продолжая рассказывать, ведущий пишет на доске или флипчарте алгоритм и формулу «Я-высказывания».

Текст ведущего:

Алгоритм «Я-высказывания»

⁹ Коробкова В.В. Методика организации и проведения тренинга педагогической компетентности родителей. Пермь. ПТПУ. 2021. - 92 с.

- Объективно, безоценочно описать события, вызывающие напряжение («**Когда** я вижу, что...», «**Когда** это происходит...»).
- Описать свою эмоциональную реакцию, точно назвать свое чувство в этой ситуации («Я чувствую...», «Я огорчаюсь...», «Я не знаю, как реагировать...»).
- Объяснить причины этого чувства – мысли, гипотезы, фантазии («Потому что я не люблю...», «Мне бы хотелось...», «Для меня это означает, что...»).
- Выражение пожеланий или просьб. Представить как можно больше альтернативных вариантов («Возможно, тебе стоит поступить так...», «В следующий раз сделай...»)

Этот алгоритм можно вписать в формулу:

Ситуация + Я-чувство + Объяснение/Предложение

Важно избегать «Я-высказывания», когда вы в сильном негативе. В коммуникации может настать такой момент, когда возможность договориться или уступить не рассматривается. В такой ситуации «Я-высказывания» будут выглядеть как перетягивание одеяла на себя и игнорирование.

Стоит признаться партнеру по общению, что вы находитесь в негативных эмоциях, взять паузу в конфликте, сделать перерыв, а уже потом вернуться к спокойному обсуждению с искренним желанием договориться. Здесь важно допускать возможность, что ваша правота может быть не абсолютна, допускать возможность недопонимания. «Возможно, возникло недопонимание, давай разберемся». А затем уже переходить к алгоритму.

Упражнение «Ты-Я-высказывания».

Ведущий раздает участникам листок с примерами «Ты-высказываний» и соответствующих «Я-высказываний» и разбирает с ними эти примеры, указывая, где в «Я-высказываниях» сообщается о ситуации, эмоциях, где дается объяснение и как строится предложение. «Ты-высказывания» содержат обвинение и манипуляцию. В них присутствуют слова «всегда», «никогда», «все время» обесценивающего характера. Они раздражают и провоцируют ссоры и конфликт.

«Ты-высказывание»	«Я-высказывание»
Ты никогда меня не слушаешь!	Когда я вижу, что ты не слушаешь меня, мне неприятно, ведь я говорю достаточно важные вещи. Пожалуйста, будь внимательнее к тому, что я говорю.

<p>Что ты все время разговариваешь параллельно со мной?</p>	<p>Мне сложно говорить, когда кто-то еще разговаривает одновременно. Если у тебя есть вопрос – задай его. Возможно, если ты внимательно послушаешь меня, то потом у тебя возникнет меньше вопросов.</p>
<p>Вечно ты хамишь!</p>	<p>Когда со мной разговаривают некорректно, я раздражаюсь и не хочу больше общаться. На мой взгляд, ты можешь быть более уважительным по отношению ко мне. В свою очередь постараюсь быть более терпимой.</p>
<p>Ты всегда ужасно себя ведешь!</p>	<p>В данной ситуации ты вел себя некрасиво. Меня обижает такое поведение. Ты умеешь быть другим, поэтому, пожалуйста, в следующий раз будь более сдержан.</p>
<p>Ты всегда без спросу берешь журнал со стола!</p>	<p>Когда с моего стола без спросу берут вещи, в частности журнал, мне неприятно. Возможно, я хочу с ним поработать в ближайшее время. Поэтому – я не против, чтобы ты брал журнал, но предварительно спроси меня, можно ли это сделать.</p>

Текст ведущего:

Да, общаться «Ты-высказываниями» быстрее, привычнее. Но если мы дорожим нашими отношениями и хотим сохранить доверительный контакт, думаю, стоит задуматься, как мы общаемся. Переходим к тренировке техники «Я-высказывания».

Тренировка по технике «Я-высказывания»

Ведущий: Предлагаю вам вытянуть из коробки (пакета) предложение с «Ты-высказыванием», касающимся отношений родителей и детей, и переформулировать его в «Я-высказывание», используя для подсказки схему

«Я-высказывания». Если возникают сложности называния чувств и эмоций, можно воспользоваться таблицей «Чувства, эмоции».

Предложения с «Ты-высказываниями».

1. Почему ты играешь в компьютер? Уже выучил уроки?
2. Разве трудно было прийти домой пораньше?
3. Ты всегда ужасно себя ведешь!
4. Ты никогда меня не слушаешь!
5. Где ты был?
6. Как тебе не стыдно получать двойки?
7. Отстань. Не видишь, я занята.

Таблица «Чувства, эмоции»

ГНЕВ	СТРАХ	ГРУСТЬ	РАДОСТЬ	ЛЮБОВЬ
БЕШЕНОСТЬ	УЖАС	ГОРЕЧЬ	СЧАСТЬЕ	НЕЖНОСТЬ
ЯРОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	ТОСКА	ВОСТОРГ	ТЕПЛОТА
НЕНАВИСТЬ	ИСПУГ	СКОРБЬ	ЛИКОВАНИЕ	СОЧУВСТВИЕ
ИСТЕРИЯ	ОЦЕПЕНЕНИЕ	ЛЕНЬ	ПРИПОДНЯТОСТЬ	БЛАЖЕННОСТЬ
ЗЛОСТЬ	ПОДОЗРЕНИЕ	ЖАЛОСТЬ	ОЖИВЛЕНИЕ	ДОВЕРИЕ
РАЗДРАЖЕНИЕ	ТРЕВОГА	ОТРЕШЕННОСТЬ	УМИРОТВОРЕНИЕ	БЕЗОПАСНОСТЬ
ПРЕЗРЕНИЕ	ОШАРАШЕННОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	УВЛЕЧЕНИЕ	БЛАГОДАРНОСТЬ
НЕГОДОВАНИЕ	БЕСПОКОЙСТВО	БЕСПОМОЩНОСТЬ	ИНТЕРЕС	СПОКОЙСТВИЕ
ОБИДА	БОЛЗНЬ	ДУШЕВНАЯ БОЛЬ	ЗАБОТА	СИМПАТИЯ
РЕВНОСТЬ	УНИЖЕНИЕ	БЕЗНАДЕЖНОСТЬ	ОЖИДАНИЕ	ИДЕНТИЧНОСТЬ
УЯЗВЛЕННОСТЬ	ЗАМЕШАТЕЛЬНОСТЬ	ОТЧУЖДЕННОСТЬ	ВОЗБУЖДЕНИЕ	ГОРДОСТЬ
ДОСАДА	РАСТЕРЯННОСТЬ	РАЗОЧАРОВАНИЕ	ПРЕДВКУШЕНИЕ	ВОСХИЩЕНИЕ
ЗАВИСТЬ	ВИНА, СТЫД	ПОТРЯСЕНИЕ	НАДЕЖДА	УВАЖЕНИЕ
НЕПРИЯЗНЬ	СОМНЕНИЕ	СОЖАЛЕНИЕ	ЛЮБОпытСТВО	САМОЦЕННОСТЬ
ВОЗМУЩЕНИЕ	ЗАСТЕНЧИВОСТЬ	СКУКА	ОСВОБОЖДЕНИЕ	ВЛЮБЛЕННОСТЬ
ОТВРАЩЕНИЕ	ОПАСЕНИЕ	БЕЗЫСХОДНОСТЬ	ПРИНЯТИЕ	ЛЮБОВЬ К СЕБЕ
	СМУЩЕНИЕ	ПЕЧАЛЬ	НЕТЕРПЕНИЕ	ОЧАРОВАННОСТЬ
	СЛОМЛЕННОСТЬ	ЗАГНАНОСТЬ	ВЕРА	СМИРЕНИЕ
	ПОДВОХ		ИЗУМЛЕНИЕ	ИСКРЕННОСТЬ
	НАДМЕННОСТЬ			ДРУЖЕЛЮБИЕ
	ОШЕЛОМЛЕННОСТЬ			ДОБРОТА
				ВЗАИМОПРУЧКА

Выводы:

«Я-высказывания» в меньшей степени провоцируют сопротивление. Но дети часто игнорируют «Я-сообщения», особенно вначале, предпочитают «не слышать», как их поведение воздействует на родителей. Родителям следует продолжать и далее использовать «Я-сообщения». В ответ дети тоже начинают их использовать, желая, чтобы и родители услышали, каковы их чувства. Сегодня мы с вами говорили об общении в семье и почему это важно для ребенка и для других членов семьи. Мы разобрали, чем эффективное общение отличается от неэффективного. Освоили технику эффективного общения «Я-

высказываний», потренировались. Стоит и дальше применять эту технику для того, чтобы общение в вашей семье менялось к лучшему.

Занятие 9. Семейные кризисы и конфликты

Цель: информировать о рисках, которые вызывают семейные кризисы, о конфликтах, мотивировать на снижение конфликтных ситуаций в семье, обучить навыку самоконтроля поведения до наступления конфликта.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, флипчарт, фломастеры.

Рассказывая о кризисах, ведущий отмечает на флипчарте последовательность наступления нормативных семейных кризисов.

Текст ведущего: Семейные отношения с момента возникновения проходят определенные стадии развития, сопровождающиеся кризисами. Различают нормативные и ненормативные семейные кризисы.

Нормативные семейные кризисы:

1. Вступление в брак.
2. Рождение ребенка. Освоение супругами новых родительских ролей.
3. Поступление ребенка в ясли/детский сад/школу.
4. Начало подросткового периода у ребенка.
5. Семья, в которой выросший ребенок покидает дом.
6. Супруги вновь остаются вдвоем.
7. Повторный брак.

Ненормативные семейные кризисы:

1. Измена.
2. Развод.
3. Тяжелая болезнь.
4. Инцест.
5. Смерть члена семьи.¹⁰

Также семейные кризисы возникают в определенные периоды жизни семьи. Речь дальше идет о семье, в которой супруги проживают совместно продолжительное время и имеют детей:

Семейный кризис одного года. Этот период для пары становится новым и непривычным. Постепенно пропадают романтические отношения, партнеры не смотрят друг на друга прежним влюбленным взглядом, а узнают друг друга

¹⁰ Олифинович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифинович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – Санкт-Петербург: Изд-во Речь, 2006 – 360 с.

в быту, и взгляды партнеров на простые жизненные вещи имеют разное направление. Как правило, это становится поводом для разногласий и ссор. В этот период в семье может родиться ребенок, что усиливает кризис первого года семейной жизни.

Семейный кризис 3–5 лет. В этот период супруги уже постепенно приспосабливаются друг к другу, ищут компромиссные решения бытовых проблем. Несмотря на относительную устойчивость в отношениях, романтика сменяется на стабильность и наступает повседневная рутина. Приходит осознание, что людей соединяет не просто любовь, а уже настоящие родственные связи. К этому времени во многих молодых семьях появляются дети, что еще больше подкрепляет их близость. Отношения молодых супругов подвергаются испытаниям в виде бессонных ночей и поиска свободного времени на себя и своего партнера. Помимо этого, в отношениях теряется загадка. Все действия партнера становятся предсказуемыми и легко читаемыми, уходит таинственность и непредсказуемость. Постепенно супруг начинает казаться скучным, влюбленных взглядов становится уже недостаточно. Появляется необходимость подкреплять отношения новыми совместными занятиями и разнообразием в общении. **Но отсутствие общих интересов** в данный период может сильно сказаться на исходе кризисного периода. Если супруг не находит единомышленника по занятиям в своем партнере, то появляется необходимость искать поддержку в друзьях или вообще замкнуться в себе и своих взглядах. На этой почве возникает ревность, от чего страдают многие пары.

Семейный кризис 7 лет. В это время ребенок начинает учиться в школе. Это накладывает на семью дополнительную ответственность, что приводит к росту напряжения и появления конфликтов. При идеальных условиях на этом этапе все предыдущие недопонимания и разногласия между родителями сменяются крепкой привязанностью. Хотя все члены семьи принимают друг друга такими, какие они есть на самом деле, без приукрашиваний, школьные вопросы и проблемы часто вносят разногласия в отношения. В случае, если супруги не могут принять партнера до конца, то чаще всего пытаются просто сохранить брак, сконцентрировавшись на проблемах детей. Супруги отдают предпочтение спокойному совместному будущему, нежели эмоциональным ссорам и болезненному расставанию, поэтому они стараются сгладить конфликты.

Семейный кризис 12–15 лет. На этот период, как правило, выпадает переходный возраст ребенка подростка. Случаются ссоры родителей и детей и родителей между собой по поводу ошибок в воспитании. Бывает, что родители

пытаются переложить ответственность друг на друга за неправильное поведения ребенка. Или настолько погружаются в заботы об этом почти взрослом человеке, что забывают о себе и о супруге. Нередко к вышеназванному добавляется их собственный кризис среднего возраста.

А теперь перейдем к обсуждению.

Вопросы для обсуждения: На какой стадии развития находится ваша семья? Какие кризисы семьи вы проживали? Как вы с ними справлялись? Каким опытом вы можете поделиться?

Текст ведущего:

Конфликты и ссоры в семье между родителями и детьми – неизбежная часть семейной жизни, особенно в кризисные периоды. Умение конструктивно разрешать конфликты, т.е. столкновение интересов сторон, делает семью более крепкой и устойчивой, а всех членов семьи – более счастливыми и здоровыми. Напротив, длительные ссоры, грубость, оскорбления, неразрешаемые разногласия самым негативным образом влияют на всех членов семьи. Особенно уязвимы дети, так как ссоры подрывают их уверенность в стабильности семьи. Ссорящиеся между собой родители становятся менее внимательными к потребностям детей, не способны быть заботливыми и принимающими родителями, так как сами испытывают негативные эмоциональные переживания. Из-за отсутствия поддержки и эмоциональной близости дети становятся агрессивными, замкнутыми, утрачивают желание учиться, уходят из дома, пробуют ПАВ, совершают мелкие правонарушения, получают опыт беспризорной жизни.

Кризисы каждого этапа семейных отношений и конфликты, их сопровождающие, можно пережить успешно исключительно в том случае, когда оба родителя адекватно настроены на решение этой проблемы, уважают друг друга и пытаются найти компромисс, несмотря на собственное эго. На всех этапах развития кризисов важно разговаривать с супругами обсуждать проблемы вместе, тогда сложный этап взаимоотношений пройдет менее болезненно.

Создавайте в своей семье благоприятную психологическую атмосферу. Очень важно замечать негативные стереотипы общения в вашей семье, останавливать грубые манипуляции, не допускать оскорблений и овладевать **здоровыми способами общения**. Это общение «на равных» с позиции «я-хороший – ты-хороший»; умение использовать «Я-высказывания» и избегать обвинений и фраз, провоцирующих конфликт. Следует быть внимательными к своим ощущениям, чувствам и переживаниям других членов семьи. И самое

главное – признать право другого человека на другие убеждения и другой образ жизни.

А теперь перейдем к упражнению, которое позволит вам не допускать конфликта.

Упражнение «Я не обижусь»

Инструкция: «Часто проблемы в жизни у нас вызываются эмоциями, особенно эмоциями негативными (раздражения, злости, обиды, опустошенности и т.д.). Согласитесь, именно они создают неприятности во взаимоотношениях с детьми и близкими. Любому человеку важно уметь контролировать свои эмоции. Предлагаю вам очень эмоциональное упражнение. Надеюсь, что вы отнесетесь к нему с пониманием.

Сейчас мы с вами продемонстрируем, как достойно ответить человеку, который стремится нас «задеть». Мы не будем принимать его слова на себя, а будем лишь задавать уточняющие вопросы для снижения напряженности ситуации.

Можно выбрать участника на роль «склочника» (или ведущему выступить в этой роли). Задача склочника – придумать какое-нибудь утверждение, которое может «задеть» участника группы. Например: «Ты бездельник», «Ты живешь за мой счет», «Ты вообще готовить не умеешь», «У тебя всегда грязь», «Сын тупой, весь в тебя» и т.п.

Другой участник должен, не оправдываясь, повести разговор на эту тему, начав с уточняющего вопроса или парафраза. Например, на фразу склочника «Ты бездельник» участник отвечает уточняющим вопросом: «Ты имеешь в виду, что я сейчас отдыхаю или то, что я мало делаю по дому?»; или парафразом: «Ты считаешь меня бездельником».

Ведущему: *обращайте внимание на то, чтобы участники не начали оправдываться. Их задача – не принять высказанное «склочником» на свой счет, а лишь поблагодарить за информацию и задать уточняющий вопрос.*

После упражнения обменяйтесь впечатлениями: Что вы сейчас чувствуете? Трудно ли было выполнить упражнение? Важно ли уметь контролировать свои эмоции?

Выводы. Сегодня вы узнали про семейные кризисы и конфликты в семье. Кризисы всегда приводят к росту напряжения в семьях. В момент кризиса любой скандал может перерасти в нарушение закона вплоть до уголовного преступления. Поэтому так важно в период кризисов уменьшить конфликты в семье, научиться справляться со своей обидой и раздражением на членов семьи. Держать свои эмоции под контролем. Для этого мы

тренировались с вами снижать чувство обиды и спокойно реагировать на те фразы, которые могут вас завести.

Занятие 10. Как справляться со стрессом

Цель: информировать о видах стресса и способах с ним справляться, мотивировать на гибкое применение копинг-стратегий, обучить навыкам эффективно преодолевать стресс.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, флипчарт, фломастеры, раздаточный материал «Копинг-стратегии».

Текст ведущего: *Стресс* – это защитная реакция организма в ответ на неблагоприятные изменения окружающей среды (Стресс – неспецифический ответ организма на любые предъявленные ему требования. Г. Селье); составляет важную часть нашей повседневной жизни.

Острый стресс: Возникает неожиданно, интенсивен, ограничен по времени: авария, нападение, внезапная смерть близкого, расставание, потеря работы, потеря денег. Крайняя степень острого стресса – шок. Острый, шоковый стресс может быть вызван экстремальными ситуациями, выходящими за рамки нашего жизненного опыта. Острый стресс может переходить в хронический или редуцироваться.

Хронический стресс: Не ограничен по времени, длится, пока присутствует данный стрессор (факторы, которые вызывают стресс). Долговременный стресс несет более тяжелые последствия, чем острый стресс. Пример: долгая, изматывающая болезнь своя и близких родственников, пьянство близкого члена семьи, постоянная нехватка денег, война, голод, работа, сопряженная с постоянным напряжением и риском для жизни.

Для противостояния стрессу очень важно развивать в себе стрессоустойчивость.

Стрессоустойчивость: совокупность качеств, позволяющих человеку спокойно переносить факторы стресса без вредных всплесков эмоций, влияющих на психическое состояние, деятельность и на окружающих. Высокая стрессоустойчивость характеризуется низким уровнем ответной эмоциональности. Люди различаются по уровню стрессоустойчивости. Это

качество помогает сопротивляться стрессу, и сегодня мы с вами его потренируем.

Выполним небольшое упражнение «Мои стрессы».

Упражнение «Мои стрессы»

Ведущий раздает листы бумаги и ручки для записи

Ведущий: Выпишите на листочке три стрессовые ситуации в вашей жизни последнего года. А теперь расскажите в группе, как вы с ними справлялись?

А сейчас узнаем, какие человек применяет стратегии, которые помогают ему справиться со стрессом.

Они называются «копинг-стратегиями» поведения человека. Это способы адаптироваться к стрессовой ситуации. Это реакция на стресс. Исследователь Лазарус разделил их на две группы – направленные на разрешение проблемы и на совладание с эмоциями.

Возьмите таблицу с копинг-стратегиями (табл. 1). И мы продолжим...

Таблица 1. Копинг-стратегии

Направлена на	Стратегия и слоган
Совладание с эмоциями	1. Дистанцирование «А что, разве случилось что-то важное?»
	2. Бегство-избегание «Меня здесь нет, я в домике»
	3. Самоконтроль «Улыбаемся и машем»
	4. Положительная переоценка «Все, что ни делается, все к лучшему»
Решение проблемы	5. Конфронтация «И вечный бой. Покой нам только снится»
	6. Поиск социальной поддержки «Не имей сто рублей, а имей сто друзей»

	7. Принятие ответственности «Спасение утопающих – дело рук самих утопающих»
	8. Планирование решения проблемы «У меня есть план, и я его придерживаюсь»

Ведущий: Сейчас разберем каждую стратегию. У вас на листочке написаны три стрессовые ситуации из вашей жизни. Прослушав стратегию, проверьте, применяли ли вы эту стратегию в преодолении стресса. Если применяли, то поставьте номер данной стратегии из таблицы к своей ситуации. После каждой рассмотренной стратегии ведущий останавливается, спрашивает, всем ли понятно и использовали ли они ее в своей ситуации.

Ведущий продолжает рассказ:

Дистанцирование

«А что, разве случилось что-то важное?»

Эта стратегия направлена на совладание с эмоциями. В этой стратегии человек мысленно отдаляет ситуацию и/или уменьшает ее значимость. **Например**, откладывает поиск работы на потом из-за «более важных и срочных дел». Фантазирует о том, что его еще не уволили или возьмут обратно, если он туда придет и попросит. В случае насилия человек думает, что «это случилось не с ним». **Плюс:** защита психики от «перегрева» и разрушения. **Минус:** человек не решает проблему или перекладывает ответственность за решение проблемы на других. Сюда же можно отнести поиск обходных путей или решение через третьих лиц (делегирование). **Например**, при супружеском конфликте муж или жена ищут помощи в налаживании своих отношений через своих родителей или друзей. Эта стратегия очень похожа на копинг-стратегию «Избегание», но в дистанцировании ситуация все-таки осознается, и человек о ней думает.

Бегство-избегание

«Меня здесь нет, я в домике».

Стратегия направлена на саморазрешение проблемы и снижение негативных эмоций. Мысленное стремление и разные действия, направленные на избегание проблемы и уход из реальности. Характерные черты: полное игнорирование или отрицание проблемы, пассивность, уход от ответственности, погружение в фантазии, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в сериалы, фильмы, книги, видеоролики, компьютерные игры,

употребление алкоголя, переедание и т. п. **Плюс:** Избегание может быть временным. Тогда подобная передышка поможет снизить градус эмоций. При высоком стрессе человек накапливает силы, ресурсы перед следующей стратегией для решения проблемы. **Минус:** полный отказ сталкиваться и решать проблему. Проблемы не уходят, накапливаются как снежный ком. **Например,** после развода человек не считает необходимым помогать детям, оставшимся с другим супругом. Считает, что они сами справятся. Человек попадает в аварию и разбивает машину, но не обращается в страховую компанию, считая, что они сами должны его найти.

Самоконтроль

«Улыбаемся и машем».

Стратегия направлена на совладание с эмоциями. Усилия по регулированию своих чувств и действий. Человек никак не демонстрирует своих эмоций, подавляет любые негативные переживания, ни с кем не ругается и никому не противопоставляет себя. **Плюс:** не конфликтует. **Например,** человека обманули, развели на деньги. При этом, общаясь с мошенником и другими людьми, он внешне не выражает никаких отрицательных эмоций, а внутри агрессия копится. **Минус:** при сильном и долгом контроле эмоций затрачивается значительное количество энергии, которое проявляется гипертонусом мышц (вплоть до судорог, тиков и физических травм.). А также, если ситуация действительно требует проявления агрессии для защиты своих интересов, то самоконтроль может мешать. У таких людей резко увеличивается частота травмирующих ситуаций.

Положительная переоценка

«Все, что ни делается, все к лучшему».

Стратегия направлена на совладание с эмоциями. Можно назвать позитивным мышлением. Или также можно отнести к философскому или религиозному подходу к восприятию событий. **Плюс:** человек меняет свое восприятие ситуации через поиск положительных моментов, принимает проблему как необходимый опыт, который сделает личность выносливее и крепче. Положительные эмоции даже в кризисной ситуации способны зарядить и помогут сохранить устойчивость. Этот копинг наиболее эффективно использовать там, где от самого человека мало что зависит: болезнь, авария и др. Попытка найти хорошее даже в очень плохой ситуации снижает стресс. **Пример:** Родитель узнает, что ребенок подвернул ногу на тренировке, очень болит. Родитель сопровождает его в травмпункт и успокаивает: в любом случае хорошо, что он занимается спортом и становится

сильнее, а боль пройдет и нога поправится. **Минус:** положительная оценка может тормозить срочные, необходимые действия. Она вредит в ситуации, когда нужно действовать немедленно.

Конфронтация

«И вечный бой. Покой нам только снится»

Эта стратегия направлена на решение проблемы. Это активно-агрессивные действия по изменению ситуации. Человек будет выглядеть достаточно враждебно и готов рисковать. **Например,** если человека уволили с работы, то он подает в суд на работодателя или активно ищет работу. Если его обидели – он накидывается на обидчика. Если потерял что-то – он активно включается в поиск. Если ребенок ушел из дома – сразу обращается в полицию или идет его искать.

У этой стратегии есть свои **плюсы:** если стресс – это конкретная угроза, то таким способом можно быстро сконцентрировать и направить свои силы и изменить ход событий в лучшую сторону.

Однако конфронтация имеет и серьезные **минусы:** если угроза не реальная (подозрения, ревность), то можно еще больше усложнить ситуацию, навредив себе и окружающим без достаточных оснований. Надо помнить, что агрессию сложно контролировать, отсюда трудности с планированием своих поступков и действий.

Поиск социальной поддержки

«Не имей сто рублей, а имей сто друзей».

Стратегия направлена на решение проблемы и на совладание с эмоциями: с группой поддержки можно поделиться своими переживаниями. Это конкретные действия по «добыче» помощи и поддержки от окружающих. Это может быть эмоциональная поддержка: погладить, обнять, пожалеть, подбодрить. Или помощь с информацией и действиями: спросить, проконсультироваться, сделать что-то вместе. **Плюс:** расширение возможностей преодоления трудных ситуаций за счет привлечения дополнительных ресурсов. **Пример:** у ребенка проблемы с освоением материала. Родитель обращается к специалистам в семейном центре. **Минус:** если эта стратегия начинает доминировать, человек увлекается этой стратегией и перекладывает ответственность на других.

Принятие ответственности

«Спасение утопающих – дело рук самих утопающих».

Стратегия разрешения проблем. Эта стратегия зачастую применяется сильными и волевыми людьми, которые в большинстве случаев находят выход из сложившейся ситуации. Вот в этом случае помощи человек просить не будет. **Плюс:** Человек понимает и принимает свои ошибки, стремится повлиять на ситуацию и вынести из этого определенный урок на будущее. **Пример:** подростка нет дома поздно вечером, и телефон отключен. Родитель звонит его друзьям, родственникам и знакомым, пытаясь его отыскать. **Минус:** Стратегия, если она одна, может перерасти в гиперответственность и привести к выгоранию нашего «супергероя».

Планирование решения проблемы

«У меня есть план, и я его придерживаюсь».

Стратегия направлена на решение проблемы. Здесь будет и анализ ситуации, и поиск информации, и составление плана действий, и активные действия. Человек, использующий эту стратегию, не ждет, что проблема исчезнет сама собой, а ищет возможности для ее решения. **Плюс:** Активная позиция поможет чувствовать себя более уверенным и контролирующим ситуацию. **Например,** позвонили из школы, что сын разбил окно в классе. Необходимо выяснить размер ущерба, который случился в этой ситуации. Значит, вначале я пойду в школу, выясню подробно, что произошло; затем спрошу об этом происшествии сына. **Минус:** чрезмерный контроль эмоций и жесткий план действий, что может привести к ошибочным действиям.

Продолжение упражнения: А теперь давайте вернемся к тем ситуациям, которые вы написали вначале. Какие стратегии вы использовали, преодолевая их? Какие вы можете использовать теперь, зная о разных стратегиях больше?

Выводы:

Нет абсолютно положительных или отрицательных стратегий совладания со стрессом. Каждая имеет свои плюсы и минусы. Важно применять их гибко, в зависимости от ситуации, – это повысит вашу стрессоустойчивость. Например, иногда стратегия избегания может помочь снизить стресс и сохранить психику, но если вы используете ее каждый раз при возникновении проблем, то это приведет вас в тупик, и вред от нерешенных проблем увеличится многократно. Вы узнали, что в одних и тех же ситуациях можно поступать по-разному. Главное, чтобы проблема

переводилась в задачу и решалась. Здоровая психика из проблемы создает задачи и решает их, а больная психика из задач создает проблемы и не решает их. После нашего занятия вы сможете эффективнее справляться со стрессом.

Занятие 11. Службы поддержки семьи и детства, группы самопомощи

Цель: информировать об организациях, оказывающих помощь и поддержку семьям с несовершеннолетними детьми, мотивировать на обращение за медико-социальной помощью в службы поддержки семьи и детства, группы самопомощи, тренировать навык обращения за необходимой помощью.

Материалы к занятию: листы бумаги, ручки, флипчарт, фломастеры, раздаточный материал – информационные буклеты.

Текст ведущего: Выздоровление от зависимости и созависимости – это длительный процесс, который не заканчивается после получения медицинской помощи. Далее наступает этап поддержания трезвости как в жизни самого пациента, так и его близких и родственников. Учитывая сложность преодоления зависимости и созависимости, люди, пережившие подобный опыт, разработали программу «12 шагов», по которой сейчас по всему миру работают группы само- и взаимопомощи «Анонимные алкоголики» (АА), «Анонимные наркоманы» (АН), «Взрослые дети алкоголиков» (ВДА), «Родные и близкие алкоголика» (Ал-Анон), «Родные и близкие наркомана» (Нар-Анон), «Анонимные созависимые» (CoDA) и др.

Отличительной чертой программы восстановления «12 шагов» является ее неограниченность по времени, так как она предусматривает активное участие выздоравливающего зависимого в жизни сообщества на основе принципов: анонимности, безвозмездности помощи, подхода к алкоголизму как к неизлечимой болезни, которую можно купировать и т. д. Участие в сообществе «Анонимные алкоголики», «Анонимные родственники зависимых» и др. позволяет поддерживать мотивацию на выздоровление через осознание наличия у себя болезни, необходимости вести трезвый образ жизни, на личностное развитие, разрешение личных и социальных, прежде всего семейных проблем.

Рассказывая о программах самопомощи и взаимопомощи, ведущий предлагает ознакомиться с буклетами и раздает их.

На основе традиции православного трезвенного движения, используя аскетический опыт борьбы со страстями, работают Семейные клубы трезвости (СКТ). Здесь приоритет отдается работе с семьей, в которой есть человек, зависимый от употребления ПАВ, так как именно семья является основным ресурсом изменения поведения, восстановления отношений, личностного роста. У каждого клуба имеется свой духовник, а также ведущий из числа людей, имеющих опыт восстановления трезвости. На регулярных собраниях обсуждаются семейные отношения, воспитание детей, сложные ситуации на работе, случаи из жизни любого члена клуба. Обязательно обсуждаются проблемы, обусловленные патологическим пристрастием к ПАВ, приведшим людей в клуб. В начале встречи и по окончании ее участники СКТ молятся. Наряду с православными есть также католические, протестантские общины и реабилитационные центры, оказывающие помощь зависимым и членам их семей.

Потребление ПАВ зачастую сопряжено с агрессией и насилием в семье, что создает угрозу жизни и здоровью другим членам семьи. Женщины и дети, оказавшиеся в опасности в своем доме, могут обратиться за помощью в Кризисные центры помощи женщинам и детям государственного и частного формата. Здесь им может быть предоставлено убежище, а также консультативная психологическая, социальная, юридическая помощь.

Обсуждение в группе:

- ✓ Есть ли у вас опыт обращения за помощью?
- ✓ В какую организацию вы бы обратились в случае необходимости?
- ✓ Какая помощь семье нужна?

Ведущий: Сейчас попробуем потренировать, как обращаться за помощью.

Ролевая игра «Я обратился за помощью».

Ведущий выбирает направление ролевой игры (проблемы ребенка в школе).

Предварительно ведущий приглашает соведущего, который берет на себя роль «социального/медицинского работника Семейного центра» или представителя групп самопомощи (в этом случае помощник должен иметь опыт посещения групп само- и взаимопомощи).

Разыгрывается ситуация обращения по теме участника группы в социальную службу / группу самопомощи по важной для него теме.

Ведущий высказывает мнение, что желательно изменить. Предлагает другим участникам обратиться за помощью по своей проблеме, а потом и первому участнику проиграть ситуацию обращения с учетом предлагаемых изменений.

Выводы: Сегодня вы узнали об организациях и группах, которые могут оказать различную помощь семье. Чем раньше вы обратитесь за помощью со своей проблемой, тем раньше она начнет решаться. В буклетах написаны контакты – адреса, телефоны организаций, которые непосредственно работают с семьей. Из сегодняшней ролевой игры вы поняли, что обращаться за помощью может каждый, кто в ней нуждается. Будьте смелее и решительнее.

Итоговая анкета участника группы

В завершение цикла наших занятий участник заполняет анкету.

ФИО

Дата

1. Что понравилось?
2. Что не понравилось?
3. Что было самым интересным?
4. Какую важную информацию вы для себя взяли?
5. Что захотелось изменить в вашей семейной жизни?