

Л. О. Пережогин
**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА
С ДЕТЬМИ ГРУППЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского» Росздрава*

Резюме. В статье изложен опыт психотерапевтической реабилитационной работы с несовершеннолетними группы риска употребления психоактивных веществ в условиях специальных образовательных учреждений. Описаны применявшиеся психотерапевтические приемы, техники. Разработана программа психотерапевтической и психокоррекционной работы, проводимой полипрофессиональной бригадой специалистов (врачи, психологи, педагоги).

Ключевые слова: подростки, психотерапия, наркомания, реабилитация, профилактика.

Наркологическая ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в последнее десятилетие, характеризуется следующими тенденциями:

– приобщение детей, подростков и молодежи к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) все шире затрагивает младшие возрастные группы и характеризуется тяжестью медико-социальных последствий;

– наркотики все прочнее укрепляют статус особой субкультуры. Отдельные наркотические средства и психотропные вещества стали неотъемлемым атрибутом дискотек, концертов модных музыкальных групп;

– снижение возраста потребителей психоактивных веществ сопровождается вовлеченных детей и подростков генерализованными формами социальной дезадаптации. Около 65% детей и подростков с формирующейся зависимостью от ПАВ не учатся и не работает, до 40% госпитализаций в детские психиатрические клиники с сопутствующими психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития составляют дети и подростки с асоциальным поведением в сочетании с токсикоманиями и ранней наркотизацией;

– при начале употребления детьми и подростками алкоголя и других психоактивных веществ современная семья оказывается не подготовленной к решению сложных семейных проблем, связанных с противодействием употреблению детьми психоактивных веществ, и, как правило, действует вслепую;

– при всей масштабности патологических сдвигов, происходящих в здоровье детско-подростковой популяции в связи с наркотизацией, данный процесс для многих педиатров, детских психиатров, а также специалистов образовательных учреждений, отвечающих за обучение и воспитание детей, остается «латентным». Часто это сопровождается отстраненной позицией по отношению к проблеме ранней алкоголизации и наркотизации несовершеннолетних.

Вышесказанное определяет необходимость разработки основ комплексной оценки психического состояния детей и подростков с аддиктивным поведением, то есть с высоким риском формирования зависимости от психоактивных веществ и основ профилактической и реабилитационной работы. Ситуация требует адресной профилактики формирования зависимости от наркотиков, которая ориентирована на детей и подростков, пробовавших наркотики (другие ПАВ), либо несовершеннолетних, имеющих признаки формирующейся зависимости на начальной стадии (профилактика для групп «риска формирования зависимости»), которая могла бы осуществляться вне медицинского учреждения. Отдельная задача комплексных профилактических мероприятий – восстановление у подростков группы риска навыков социального функционирования, их реинтегрирование в социальную среду.

Введение понятия «риска формирования зависимости» обуславливает необходимость разработки критериев оценки аддиктивного поведения, способов анализа социальной ситуации развития ребенка в группах «риска» и психосоциальных факторов, определяющих мотивацию аддиктивного поведения, степень выраженности сопутствующих психических расстройств, включая отклонения в онтогенетическом развитии. Исходя из концепции, что аддиктивное поведение детей и подростков – это «саморазрушающее» поведение, которое определяется повторяющимися действиями, направленными на систематическое употребление психоактивных веществ с целью изменения своего психического состояния с развитием выраженных первичных социальных, психологических и медицинских последствий еще до стадии формирования зависимости, можно говорить о группах факторов риска, определяющих в дальнейшем формы аддиктивного поведения. Вострокнутовым Н.В. с соавт. в 2003 была предложена классификация факторов риска наркотизации, а в дальнейшем Вострокнутовым Н.В. и Пережогиным Л.О. определен их относительный удельный вес в формировании аддиктивного поведения несовершеннолетних. Как показал клинико-статистический анализ 292 клинических наблюдений несовершеннолетних группы риска, определяющими в формировании аддиктивного поведения являются социальные факторы микроокружения (школьная успешность/неуспешность, наличие\отсутствие краткосрочных перспектив в учебе, спорте, приобретении профессии, семейное благополучие\неблагополучие, легкость/сложность приобретения наркотических и токсических веществ) и психические расстройства (формирующиеся расстройства личности, дефицит внимания с гиперактивностью, неглубокие формы когнитивного дефицита, органическая церебральная патология с аффективными расстройствами). Таким образом, именно эти две группы факторов риска должны

в первую очередь стать объектами целевой комплексной психотерапевтической и коррекционной работы.

В последние годы в арсенал психокоррекционной работы вошли личностно-ориентированные техники, направленные на решение проблемных ситуаций личности в состоянии транса, т.е. в измененном состоянии сознания (ИСС). Эти методики (кататимно-образная психотерапия или символдрама, телесно-ориентированная психотерапия) используют специфические состояния «инсайта», как средства саногенного стресса. Изначально созданные в школах гуманистически ориентированной психотерапии для медицинских целей и лечения психосоматических расстройств, эти методы, видоизмененные и усовершенствованные, находят успешное применение в психотерапевтической работе по коррекции при патологических формах аддиктивного поведения. Столь важная в большинстве ситуаций групповая психотерапевтическая работа в случае подростков группы риска по наркозависимости отходит на второй план: в группе быстро начинают доминировать наиболее brutальные, агрессивные лидеры, которые имеют наибольший стаж злоупотребления ПАВ и выраженный «органический» дефект. Их стремление к самоутверждению через силу, отрицание всяческих авторитетов делает работу в группе сложной и деструктивной. Поэтому особую роль приобретает индивидуальная психотерапия.

Индивидуальные занятия проводятся в уютном помещении, относительно изолированном от внешних раздражителей, не напоминающем обстановку класса или учительского кабинета. Ребенку предлагают сесть в уютное кресло и чувствовать себя непринужденно. После 10–15 минутного знакомства - разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях, приступают к занятию. Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2–4 минут. После знакомства и выяснения проблемы подросткам объясняют, что их собственный организм обладает мощными ресурсными возможностями к самовыздоровлению и поэтому в процессе психокоррекционного сеанса им необходимо довериться своему телу, своим ощущениям и просто наблюдать за ними. Таким образом, перед началом сеанса, осуществляется психотерапевтическое наведение, создающее установку на восстановление нарушенных функций и общее укрепление организма. Данная процедура, по сути, является сочетанием внушения в бодрствующем состоянии и рациональной разъяснительной психотерапии.

Ребенка просят удобно устроиться в кресле и закрыть глаза: «Внимательно прислушайтесь ко всем своим ощущениям; описывайте все изменения в ощущениях, которые сейчас происходят сейчас. Внимательно наблюдайте за ними

и рассказывайте. Какие образы возникают перед внутренним взором? Какие чувства и эмоции возникают по этому поводу?» Одновременно большое внимание уделяется дыханию пациента. Предлагаем сосредоточиться на дыхании: «Как Вы ощущаете свое дыхание? Какие ощущения на вдохе, какие на выдохе? На что похожи эти ощущения? Внимательно наблюдайте и рассказывайте. Какие чувства они вызывают? Какие образы возникают при этом?»

Работа проводится в спонтанно возникающем измененном состоянии, которое наступает во время концентрации внимания пациента на своих телесных ощущениях, чувствах и эмоциях, вызванных этими ощущениями и мысленных образах, возникающих в связи с этими переживаниями. Любые ощущения и переживания, возникающие во время сеанса, имеют значимый характер, поэтому появляется возможность выявить травмирующие ситуации, являющиеся причинами проблемы; отреагировать «блокированные» эмоции и помочь организму «включить» ресурсные возможности. Часто в связи с сопротивлением возникает необходимость использовать приемы телесно-ориентированной терапии: легкий массаж воротниковой зоны и спины, наложение рук на участки мышечного напряжения, что, как правило, вызывает ощущения тепла, чувства доверия к терапевту и происходящим при терапии изменениям. В ряде случаев возникает состояние возрастного регресса, что позволяет глубже войти в состояние измененного сознания. Если несовершеннолетний воздерживается от выражения своих образов-представлений, каких-либо мыслей или чувств, то он непроизвольно задерживает дыхание, так как это форма сопротивления. В этом случае предлагаем глубоко и медленно дышать животом, что, как правило, оживляет подавленные эмоции.

Наблюдаются следующие формы реагирования:

1. Комплекс сенсорных ощущений. При этом, как правило, возникают эмоциональные (чувство тоски, тревоги со слезами или чувство уверенности, эмоционального подъема, радости...) и мышечные (от легких форм мышечного напряжения до мышечных спазмов) ощущения. Одновременно наблюдается экспрессивная мимика, выразительность жестов, стереотипная повторяемость движений, например как при плавании или ходьбе. Тактильные ощущения характеризуются чувством жара, холода, реже ощущением «холодного потока», проходящего сквозь тело, покалыванием, жжением, онемением на определенных участках тела, ощущением «свинцовой» тяжести или легкости, как бы невесомости и так далее.

2. Зрительно-образные представления – трансперсональные переживания, отражающие проблемы. Основным признаком данной формы реагирования является обилие зрительных образов, сменяющих один другой. Представления

воспринимаются несравненно чувственнее, острее, чем при самом образном воображении у конкретных пациентов. Они часто имеют сценopodobный характер, сопровождаются живым личностным участием. Это поражает воображение пациентов, поэтому они активно начинают давать трактовку этих переживаний, связывая их с проблемами и событиями в своей жизни.

3. Смешанный тип реагирования – комплекс сенсорных ощущений и ярких трансперсональных переживаний (экстатические переживания свободы, невероятной мощи, космических полетов; битв и сражений по мифологическим сюжетам, ощущение перевоплощения себя в сказочные персонажи, в животных, в неодушевленные предметы и так далее).

Характер переживаний в основном зависит от исходного уровня тревожности и во многом ею определяется. Задача специалиста – в измененном состоянии сознания оживить и усилить подавленные чувства, эмоционально выразить их и тогда через соматотелесное реагирование происходит восстановление функций организма, слом старых сложившихся стереотипов в поведении и сложившихся психологических защит. Одновременно происходит скачкообразный выход на новые формы адаптации к социуму.

После сеанса дается домашнее задание: перед сном представлять ручей, умываться, по возможности купаться и пить из него чистую воду. Тема ручья в данном случае выражает «орально-материнский символ», а вода, как основополагающий «элемент» жизни, воплощает жизненную энергию, поэтому образное представление ручья несет в себе исцеляющий элемент. На следующих занятиях работа дополнялась погружением в отдельные архетипические темы с мотивами «луга», «ручья», «озера» или «морья» по методу «символодрамы». Целенаправленное визуально-образное представление глобальных «архитипических», символических образов всегда носит глубоко индивидуальный характер, отражает личностно значимые стороны ребенка и, естественно, его основные проблемы. Данный терапевтический подход прекрасно зарекомендовал себя в современной психотерапии, являясь одним из наиболее признанных методов личностного роста, а также лечения детских невротических расстройств.

После рассказа о днях, предшествующих сеансу, ребенка просят расслабиться, «подремать», попытаться немного пофантазировать. Предлагается первый сюжет: «я прошу тебя представить какое-нибудь открытое место – поле, луг или поляну»; «ты можешь представлять это с открытыми или с закрытыми глазами, как тебе удобнее». После короткой паузы ведущий спрашивает у ребенка, что ему удалось представить. Дети легко выполняют просьбу, воображая предлагаемый сюжет. В дальнейшем ведущий задает наводящие вопросы, как бы подталкивая цепь воображаемых представлений ребенка, не давая наводящей информации. Все вопросы носят общий, не конкретный характер: например, если ребенок сказал, что он представил себе луг, следует попросить описать его

подробно, что он там видит, помогая ему репликами типа «что ещё?...», «что впереди?...», «по бокам?...», «сзади?...», «какое время года?...», «какое у тебя настроение?...». Не следует индуцировать ответы ребенка вопросами типа: «есть ли где-то лес...», «трава под ногами зеленая?...», «много ли цветов на лугу?...», то есть постараться обеспечить максимальную спонтанность ответов. Если ассоциации ребенка «уводят» его от предлагаемой фабулы, следует вернуть его к заданной теме поля, луга. При этом предлагается полная свобода поведения на этом лугу.

Сюжет поля, луга является базовым, символически отражающим «поле жизни», пространство индивидуального существования. В норме здоровые люди, в том числе и дети, представляют зеленый луг или поле в середине лета, с яркими цветами в солнечный день. Сюжет поля (как любой другой) сочетает в себе желания и мечты: радость, безмятежность, безоблачность существования, что даруется зеленью, цветами, ярким солнцем.

На следующем занятии ведущим сюжетом является представление ручья. Как и в сюжете «поле», ведущий направляет воображение ребенка репликами: «какой ручей?...», «какая глубина?...», «что там ещё?...» и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить её, спрашивая при этом какие ощущения он испытывает. Сюжет ручья, воды является не только важным вводным упражнением, но и может давать информационно-диагностический материал. Так, если ручей представляется пересохшим, или мутным – это может указывать на серьезные проблемы во взаимоотношениях раннего детства, связанных с недостатком любви, защищенности. Воображаемое купание, питье чистой воды, имеют определенный целительный смысл, символически «очищая» ребенка.

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. После короткого вводного представления поля, луга просят ребенка «увидеть» на этом поле «фигурку человечка или какого-либо иного существа». Представление человека, символически выражающего внутреннее «я» ребенка, его собственный собирательный образ, вынесенный вовне, иногда встречает внутреннее сопротивление. В традиции психоанализа считается, что это связано с негативным и аутоагрессивным самовосприятием, бессознательным нежеланием смотреть правде в глаза в отношении самого себя. Этот барьер легко преодолим, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему «человека», следует попросить его руководить этой фигуркой: дать команду ему (воображаемому существу) поднять руку, опустить, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Дети легко «примеряют» к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности.

Занятие четвертое и пятое посвящены формированию в образе «идеального Я», чаще всего проецируемого в будущее, признаков «сильного и доброго начала». Ребенка просят в деталях описать этот новый сильный образ, который он сам чувствует и строит, наделяет телесными, физическими чертами с чувством уверенности в себе, внутренней и внешней силы. Во время занятия ставится задача максимально наполнить этот образ чувственным компонентом и сделать близким реальному пациенту. В течение занятия несколько раз через интервалы релаксации возвращаем ребенка к позитивному образу и закрепляем его.

Шестое занятие чаще всего является итоговым, так к этому периоду дети легко включаются в воображаемую ситуацию. Фабула занятия представляет собой проигрывание сближения «Я реального» и «Я позитивного», символизирующего успешность, силу, уверенность в себе. К этому занятию оба образа, связанные с ними ощущения становятся максимально конкретными: «позитивный» – сильный, крепкий, с соответствующими чертами уверенного поведения и «Я-реальный» со своими слабыми и сильными сторонами. Вместо боя на протяжении всего занятия отрабатывается в чувственно конкретной форме «растворение» «Я-позитивного» в «Я-реальном», устанавливая между ними возможность внутреннего диалога. По нашему мнению внутренняя диалогичность является тем костяком будущей критичности поведения и состояния, которая создает предпосылки для уверенного в себе, овладевающего поведения. Шесть занятий представляют тот минимум, который предусматривает психотерапевтическая часть психокоррекционной программы.

В ряде случаев, когда это было возможно, для лучшего качества работы с подростками с аддиктивным поведением параллельно проводили коррекционную работу с родителями. Родителям, иногда в дискуссионной форме, объясняли, что необходимо быть гибкими, не отталкивать ребенка, а принимать участие в его жизни и, по возможности, стать близким другом. Иногда родители соглашались сами пройти несколько сеансов личной или семейной психотерапии. В таких случаях психотерапия становилась эффективнее.

Результатом обобщения опыта психотерапевтической реабилитации и коррекции подростков группы риска стала разработанная нами программа психотерапевтической и психокоррекционной реабилитационной помощи подросткам группы риска по формированию аддикции, рассчитанная на работу группы специалистов социальных практик (в первую очередь – врачей психиатров и клинических психологов) с подростками группы риска в условиях специализированной школы открытого типа или социального приюта (другого аналогичного учреждения). Коррекционный (и реабилитационный, поскольку главная цель работы – ресоциализация несовершеннолетнего) процесс включает 4 этапа:

(1) Этап диагностики ведущих проблем ребенка группы риска (с асоциальным и аддиктивным поведением) и нарушений возрастного психического

развития и, прежде всего, личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования;

ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), врач-психиатр;

основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции;

результат: установление диагноза, определение тактики психотерапевтической и психокоррекционной работы.

В ходе осуществления этапа основной упор делается на клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы работы. Широко используются данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки) и др. Часть диагностических методов осуществляется в ходе работы с группой несовершеннолетних, часть – в условиях индивидуальной диагностической работы.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 1. Сроки осуществления первого этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 патопсихологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 2-3 месяца.

(2) Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении;

ведущие специалисты: педагоги, воспитатель;

основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам;

результат: приобретение школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам, а также необходимых в процессе психотерапевтической и коррекционной работы навыков абстрагирования, визуализации представлений, группового взаимодействия и т.д.

(3) Этап специальной психотерапевтической помощи;

ведущие специалисты: врач-психиатр, клинический психолог;

основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсализацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков

общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый образ жизни;

результат: приобретение навыков социального поведения и социально-одобряемых форм реагирования в субъективно и объективно сложных жизненных ситуациях.

Таблица 1.

Расчет рабочего времени специалистов на этапе диагностики

| Вид работы | Специалист | Затраты времени на ребенка (час.) | Затраты времени на группу (час.) |
|--|---|---|--|
| Патопсихологическая диагностика в группе: личностные методики | Патопсихолог (клинический психолог) | 3 (на интерпретацию данных) | 63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек) |
| Патопсихологическая диагностика в группе: агрессия, интеллект, уровень адаптации | Патопсихолог (клинический психолог) | 3 (на интерпретацию данных) | 63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек) |
| Патопсихологическая диагностика индивидуальная: память, мышление, эмоции, воля, внимание | Патопсихолог (клинический психолог) | 6 (на проведение исследования и интерпретацию данных) | 120 (на проведение исследования и интерпретацию данных 20 человек) |
| Психопатологическая диагностика индивидуальная | Врач-психиатр | 3 (на клиничко-психопатологическое интервью несовершеннолетнего) | 60 (на клиничко-психопатологическое интервью 20 несовершеннолетних) |
| Обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции | Врач-психиатр, патопсихолог (клинический психолог), педагог, воспитатель. | 1 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции) | 20 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции) |
| | | 16 | 326 |

Примечание: обсуждение результатов и интерпретация данных осуществляется без участия несовершеннолетних.

Для подростков в ходе реабилитационной работы можно использовать как групповые, так и индивидуальные коррекционные и психотерапевтические методы. Групповые формы (как указывалось выше) не всегда возможны в отношении подростков группы риска по наркозависимости. Следует отметить: и индивидуальные, и (в ряде случаев) групповые формы терапии являются

неотъемлемой частью реабилитационной программы, и если это возможно, следует использовать и групповую терапию, в пользу которой свидетельствуют: общие законы формирования групп, соответствующие принципам естественного построения структуры подросткового коллектива с присутствием лидера, «экспертов», группы поддержки («пелитона»), отверженных и оппозиции, образующих динамичную и крайне чувствительную к внешнему воздействию систему обоюдных внутренних отношений; приобретение подростками опыта положительного социального взаимодействия, закрепление социально одобряемых или хотя бы социально допустимых форм межличностного контакта в группе и на межгрупповом уровне; подростки получают от других членов группы необходимую им поддержку, делятся внутри группы информацией, которая воспринимается при передаче от сверстника более достоверной, нежели при получении от старших (врача, учителя, социального работника, сотрудника КДН), в зависимости от своих способностей и уверенности в своих силах они могут в части случаев выполнять активные роли, а части – оставаться зрителями, осуществляя таким образом общий групповой терапевтический эффект; группа способствует личностному росту, в ней легче выражать свое эмоциональное состояние, усваивать новые модели поведения, в том числе и в процессе взаимодействия с руководителем группы (психотерапевтом, психологом). Немаловажным плюсом групповой работы является экономический эффект: групповая работа значительно дешевле.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 2. Сроки осуществления третьего этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 психологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 8-9 месяцев.

Таблица 2.

Расчет рабочего времени специалистов на этапе психотерапии

| Номер | Вид работы | Специалист | Затраты времени на ребенка (час.) | Затраты времени на группу (час.) |
|--------|---|--|--|--|
| 1-6. | Психотерапия в группе | Врач-психиатр | 12 (в группе) | 24 (на психотерапевтические занятия 2 подгрупп по 10 человек) |
| 7-12. | Индивидуальная психотерапия | Врач-психиатр | 12 (на индивидуальные психотерапевтические сеансы) | 120 (на индивидуальные сеансы с подростками из состава группы 20 человек) |
| 13. | Обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии | Врач-психиатр, клинический психолог, педагог | 1 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии) | 20 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии 20 человек) |
| Итого: | | | 25 | 164 |

Примечание: обсуждение результатов осуществляется без участия несовершеннолетних. Расчет часов на группу приведен исходя из минимального терапевтического сценария. По ходу работы в сценарий могут вноситься коррективы.

(4) Этап социально-психологической поддержки;

ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, врач-психиатр;

основные задачи: формирование навыков самостоятельного социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в т.ч. в семье);

результат: интеграция предыдущих этапов, социализация поведения.

Указанные этапы представляют собой единую технологическую цепь медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков с аддиктивным поведением. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, врачей-психиатров. По опыту работы по аналогичным программам с несовершеннолетними правонарушителями с личностной патологией (в ЦВИНПе ГУВД г. Москвы, в спецшколе закрытого типа г. Анна Воронежской области) в 65-70% случаев удается достичь стойкого купирования аддиктивного поведения.

Наш опыт показывает, что при патологических формах аддиктивного поведения приемы психокоррекционной работы должны учитывать специфику формирования влечения к психоактивным веществам, глубоко прорабатывать и изменять мотивационные механизмы, а также учитывать патологические аспекты нарушенного психического функционирования.

В связи с этим в психокоррекционной программе заложены следующие основания:

- аспекты злоупотребления прорабатываются в символической, близкой ребенку образно-сюжетной форме;
- учитываются основные направления мотивационного характера - стремление обрести силу, значимость и защищенность в мире;
- формируются чувственно-образные позитивные установки в силу интенсификации процессов активного и пассивного воображения;
- через игровую ситуацию создаются условия для раскрытия здоровых, естественных ресурсных возможностей организма.

Техника сравнительно легка для освоения и может широко использоваться как врачами, так и педагогами и психологами после их соответствующего обучения.

Выводы. Таким образом, по результатам работы можно сделать следующие выводы: (1) профилактика употребления психоактивных веществ подростками группы риска должна строиться на воздействии на факторы риска социального и психопатологического круга; (2) профилактические мероприятия требуют длительного (в среднем около года) и комплексного психотерапевтического и

психокоррекционного воздействия, осуществляемого группой специалистов в составе врача-психиатра, психолога, педагога; (3) эффективность подобной программы может составить 65–70% при сравнительно низких трудозатратах; (4) в качестве дополнительного эффекта от психотерапевтической и психокоррекционной работы выявляется формирование социально-ориентированных форм поведения, включая отказ от совершения правонарушений, ориентацию на учебу, труд, семейные ценности.

1. Вострокнутов Н. В., Игонин А. Л., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психо-коррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 36 с. Утверждены МЗ РФ 20.12.2002 № 2002/142.
2. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2003. – 40 с. Утверждены УС ГНЦ ССП им. В. П. Сербского 29.11.02.
3. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., Дозорцева Е. Г., Русина В. В. Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности. Методические рекомендации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2002. – 24 с.
4. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Колосов В. П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2002. – 64 с. (по заданию МЗ РФ в рамках ФЦП «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»). Утверждены ИС ГНЦ ССП им. В. П. Сербского 23.05.02.
5. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Морозова Н. Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью. Пособие для врачей. ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 36 с. Утверждены Секцией психиатрии УС МЗ РФ.
6. Джеймс Д. Драматерапия с детьми, испытывающими трудности в обучении. // Драматерапия. Под ред. С. Митчела. М.: Эксмо-пресс, 2002. с. 28-49.
7. Пережогин Л. О. Программа психотерапевтической и психокоррекционной реабилитационной помощи подросткам группы риска по беспризорности и криминальной активности // Проблемы социально-психологической адаптации и современные подходы к сохранению здоровья детей в образовательных учреждениях (материалы республиканской конференции, Шуя, 14 мая 2007 г.). Шуя, Шуйский ГПУ, 2007. с. 33-39.
8. Рихартц М., Бауэр М. Психиатрия и психотерапия периода развития. // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Ред. Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э. М.: Алетейа, 1999. с. 52-89.
9. Хабарова О. Е., Пережогин Л. О., Шалимов В. Ф. Программа профилактики и коррекции школьной дезадаптации в образовательных учреждениях. // Психолого-педагогические проблемы образования и воспитания. ЦПВ и СППДМ Министерства Образования РФ, 2002. – с. 20-31. Утверждены УС ЦПВ и СППДМ Министерства Образования РФ.
10. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. СПб.: Сова; М.: Эксмо-пресс, 2002. – 272 с.
11. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Alto, California. National press, 1970. – 219 p.
12. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978. – P.176-201.

Abstract.

L.O. Perezhogin

**PSYCHOTHERAPY OF RISK GROUP FOR DRUG ADDICTION ADO-LESCENTS
IN SPECIAL EDUCATION INSTITUTIONS**

Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Abstract. In the paper an experience in psychotherapy and rehabilitation of risk group for drug addiction adolescents in special education institutions is ex-pounding. Author descript methods of psychotherapy and some techniques. A pro-gram of psychotherapy and psychocorrection for group of specialists of social practices (physician, psychologist and teacher) has developed.

Key words: adolescents, psychotherapy, drug addiction, rehabilitation, pre-vention.

References.

1. Vostroknutov N.V., Igonin A.L., Charitonova N.K., Perezhogin L.O. Methodical basics of psychotherapy and psychocorrection of risk group for drug addiction children. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2004. – 36 p.
2. Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O. Dissocial personality disorder in adolescent: diagnostics, correction, prevention and principles of legal help., GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2003. – 40 p.
3. Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O., Dozortzeva E.G., Roussina V.V. Social and psychiatric aid for risk group for destitute and crime children. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2002. – 24 p.
4. Vostroknutov N.V., Charitonova N.K., Perezhogin L.O. Kolosov V.P. Prevention of drug addiction in risk group adolescent. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2002. – 64 p.
5. Vostroknutov N.V., Charitonova N.K., Perezhogin L.O., Morozova N.B. Prevention of crime of adolescents with psychical disorders. GNC SSP im. V.P.Serbskogo, 2004. – 36 p.
6. James D. Dramtherapy with learning difficulties suffering children. // Dramterapiya. Red. S. Mitchel. M.: Exmo-press, 2002. p. 28-49.
7. Perezhogin L.O. Psychotherapeutic and psychocorrecting aid and re-habilitation of risk group for destitute and crime adolescents program. // Problemi socialno-psychologicheskoi adaptacii I sovremennie podhodi k sbrezheniyu zdo-roviya detey v obrazovatelnich uchrezhdeniyach. Shuya, Shuisky GPU, 2007. p. 33-39.
8. Richartz M., Bauer M. Psychiatry and psychotherapy of development period. // Psychiatriya, psychosomatika, psychoterapiya. Ped. Kisker K.P et al., M.: Aleteiya, 1999. p. 52-89.
9. Chabarova O.E., Perezhogin L.O., Shalimov V.F. Prevention and cor-rection of school dysadaptation program. // Psychologo-pedagogicheskie problemi rasvitiya I vospitaniya. CPV I SPPDM Ministerstva Obrazovaniya, 2002. – p. 20-31.
10. Allis A. Humanistic psychotherapy: ratio-affective method. SPb.: So-va; M.: Exmo-press, 2002. – 272 p.
11. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Al-to, California. National press, 1970. – 219 p.
12. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978, pp. 176-201.

Сведения об авторах: Пережогин Лев Олегович – Врач психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент; старший научный сотрудник от-деления Социальной психиатрии детей и подростков Отдела социальной и судебной психиатрии детей и подростков ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Росздрава; dr-lev-perezhogin@yandex.ru