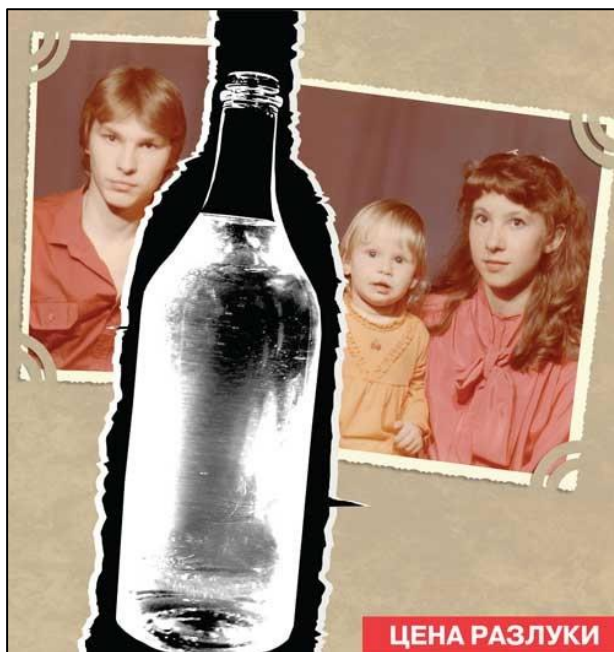




Департамент социальной защиты населения, опеки и
попечительства Костромской области
ГКУ Областной социально-реабилитационный центр для
несовершеннолетних «Добрый дом»
Ресурсный центр по работе с семьями, нуждающимися в
социальной реабилитации и ресоциализации

Алкоголе- зависимая семья: проблемы, помощь, профилактика



Кострома
2019 г.

Рецензенты:

Логинова М.В., директор ГКУ «ОСРЦН «Добрый дом»,

Захарчук В.Н., врач-психиатр

Алкоголе-зависимая семья: проблемы, помощь, профилактика

Данный сборник содержит теоретические основы проблемы семейного алкоголизма, его профилактики и коррекции. В сборнике представлен опыт работы социозащитных учреждений Костромской области по работе с алкоголе-зависимыми семьями.

Сборник адресован социальным педагогам, социальным работникам, специалистам сферы социальной защиты населения, опеки и попечительства.

© Ресурсный центр по сопровождению семей, нуждающихся в социальной реабилитации и ресоциализации ГКУ «ОСРЦН «Добрый дом», 2012

Оглавление:

	Стр.
Раздел I. Проблемы семейного алкоголизма в современном обществе	
1. Семейный алкоголизм: понятие, характерные черты и современные тенденции.....	4
2. Причины ранней алкоголизации населения.....	7
Раздел II. Основы профилактики и коррекции алкогольной зависимости	
1. Работа по профилактике алкогольной зависимости в среде подростков.....	11
2. Коррекционная работа с алкоголе-зависимыми семьями.....	16
Раздел III. Технологии социальной работы с людьми, страдающими алкогольной зависимостью: из опыта работы учреждений социальной защиты населения Костромской области	
1. Из опыта работы специалистов КЦСОН Костромского района с алкоголе-зависимыми семьями.....	24
2. Из опыта работы специалистов КЦСОН Судиславского района с алкоголе-зависимыми семьями	26
3. Из опыта работы специалистов КЦСОН с Пыщугского района по профилактике употребления психо-активных веществ	30
4. Из опыта работы Ресурсного центра по сопровождению семей, нуждающихся в социальной реабилитации и ресоциализации ГКУ ОСРЦН «Добрый дом » (г. Кострома) с родителями, страдающими алкогольной зависимостью.....	32
5. Арт-терапия в коррекции алкогольной зависимости (Из опыта работы педагога-психолога ГКУ ОСРЦН «Добрый дом » (г.Кострома).....	33

Раздел I. Проблемы семейного алкоголизма в современном обществе

1. Семейный алкоголизм: понятие, характерные черты и современные тенденции

Проблема употребления алкоголя актуальна в наши дни. От чрезмерного употребления алкоголя страдает все общество, но в первую очередь под угрозу ставится подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь, а также здоровье будущих матерей.

Злоупотребление алкоголем, по данным ВОЗ, является третьей после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний причиной смертности.



Во-первых, тяжелая форма опьянения (острое алкогольное отравление) нередко становится причиной смерти в молодом возрасте.

Во-вторых, при злоупотреблении спиртными напитками может наступить внезапная смерть вследствие первичной остановки сердца или нарушения ритма сердечной деятельности.

В-третьих, злоупотребляющие алкоголем в большей степени подвержены травматизму. Кроме того, риск самоубийства у людей, страдающих этим заболеванием возрастает в десятки раз. Около 40% убийств также совершается в состоянии алкогольного опьянения. Для ранних стадий алкоголизма более характерны такие заболевания как язвенная болезнь, травмы, сердечно-сосудистые расстройства, цирроз печени, полиневриты, мозговые нарушения. Алкоголь - главный фактор катастрофической убыли населения России.

В современной России злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной смерти около полумиллиона человек ежегодно.

У двух третей умерших в трудоспособном возрасте россиян посмертное вскрытие обнаруживает повышенное содержание алкоголя в крови. По данным пресс-службы МВД, около 80% убийц в России нетрезвы в момент убийства.

Россия - один из мировых лидеров по потреблению алкоголя. Потребление алкоголя в России, по данным ВОЗ до 14-15 литров в год на взрослого, из них 3,5-4,5 литра - незарегистрированное потребление. Это

почти в 2 раза превышает уровень, признанный экспертами ВОЗ относительно безопасным (8 литров). По показателю среднедушевого потребления алкоголя Россия в первой пятерке среди всех стран мира.

Таким образом, злоупотребление алкоголем - основной фактор демографического и социального кризиса в России, общенациональная угроза на уровне личности, семьи, общества, государства и, следовательно, угроза национальной безопасности.

Алкоголизм – это болезненное пристрастие к алкоголю,



развивающееся вследствие привычного его употребления и ведущее к утрате человеком социально ценных духовных и физических качеств.

Алкоголизм характеризуется патологическим влечением к спиртному, сопровождающимся социально-нравственной деградацией личности. «Алкогольная зависимость» развивается постепенно и определяется

сложными изменениями, которые происходят в организме пьющего человека и принимают необратимый характер: спирт становится необходимым для поддержания обменных процессов.

Различают три вида алкоголизма:

— бытовой алкоголизм характеризуется привыканием к алкоголю, однако пьющий человек еще способен контролировать количество напитка и даже временно прекратить его употребление в неподходящих для выпивки ситуациях;

— при хроническом алкоголизме утрачиваются характерные для бытового алкоголизма возможности. Толерантность (переносимость) достигает максимума, страсть к спиртному принимает патологический характер;

— осложненный алкоголизм отличается от предыдущих тем, что пьющие, наряду с алкоголем, употребляют наркотики.

Алкогольное опьянение. Степень выраженности опьянения зависит от количества и качества выпитых спиртных напитков, индивидуальной чувствительности к алкоголю и психофизического состояния человека.

Выделяют 3 степени опьянения: легкую, среднюю и тяжелую. В типичных случаях в начале опьянения повышается настроение, облегчается общение, появляется ощущение мышечного расслабления и физического комфорта.

При переходе к средней степени опьянения, вместо благодушного настроения может возникнуть раздражительность, обидчивость иногда злость и агрессия. Критика к себе и окружающим снижается.

Нарушаться координация движения и походка. Речь становится невнятной. Снижается болевая и температурная чувствительность. После опьянения обычно отмечаться симптомы интоксикации: головная боль, слабость, жажда, сниженное настроение с апатией или раздражительностью. Память на период опьянения обычно не нарушается.

При тяжелой стадии опьянения отмечается симптомы выключения сознания от оглушения до комы. Иногда возникают эпилептические припадки. Возможно непроизвольное мочеиспускание и дефекации. Подобное состояние, как правило, полностью отсутствует в памяти человека.

Проблема семейного алкоголизма в настоящее время вызывает особую тревогу. В первую очередь от злоупотребления спиртными напитками страдают дети. Негативные последствия имеет зачатие в состоянии опьянения, прием алкоголя матерью во время беременности - все это приводит к разнообразным дефектам развития многих органов и систем организма ребенка. Особенно часто отмечаются нарушения центральной нервной системы. Кроме того, при семейном алкоголизме умственная отсталость нередко сочетается с тяжелыми нарушениями внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы.



Алкоголизм - наиболее распространенная причина оставления детей и лишения родительских прав в РФ. По данным исследований, почти у половины воспитанников детских домов в России наблюдаются признаки алкогольного синдрома плода.

Семейный алкоголизм формирует комплекс отрицательных микросоциальных влияний на ребенка. Хроническая, травмирующая психику ситуация в семье неблагоприятно отражается на здоровье всех ее членов. В таких семьях складывается обстановка, делающая невозможным полноценное воспитание и обучение детей: постоянные скандалы, грубость, насилие со стороны родителей, отсутствие взаимопонимания – все это ведет к умственной ограниченности и психофизическому недоразвитию детей. По статистическим данным 40-60% детей алкоголиков страдают олигофренией и задержкой психического развития. Признаки этого дефекта проявляются во всех сферах психической деятельности ребенка, в том числе в эмоционально-волевой. Дети плохо оценивают ситуацию и не в состоянии изменить свое поведение исходя из ее особенностей. Многие из них не достаточно критичны к своему состоянию, эмоции их поверхностны, слишком внушаемы. Несмотря на то, что уровень развития психических функций при олигофрении находится в

прямой зависимости от выраженности патологии, возможности социальной адаптации такого ребенка в значительной степени определяются условиями обучения и воспитания.

Катастрофически высокий уровень алкогольных проблем в России ведет и к катастрофически высокой разводимости - по этому показателю Россия находится на втором месте в мире. Алкоголизация детей - более 80% подростков потребляют алкогольные напитки. Возраст приобщения к алкоголю по сравнению с советским периодом снизился с 17 до 14 лет. По данным Роспотребнадзора в России треть несовершеннолетних юношей и девушек выпивают ежедневно. Между тем доказано, что раннее приобщение к алкоголю увеличивает в 5-6 раз риск развития алкоголизма и насильственной смерти в будущем.

Каковы же причины ранней алкоголизации населения в России?

2. Причины ранней алкоголизации населения

Почему подросток начинает употреблять алкоголь или становится наркоманом? Общественные неурядицы. Распространенность наркомании в регионе. Легкий доступ к алкоголю и наркотикам. Влияние сверстников. Ответов на данный вопрос может быть много и в каждом конкретном случае причина будет своя. Но что объединяет все эти истории? Это «проблемность» семьи, в которой воспитывается подросток. Семейное неблагополучие может носить, как явный, так и скрытый характер.

В первую очередь, риску развития ранней алкоголизации или наркотизации подвержены **дети наркоманов и алкоголиков**. Рассматривая это влияние, необходимо говорить как о влиянии биологическом, так и о его социальной и психологической сторонах.



Во-первых, развитие детей этой группы отягощено наследственной предрасположенностью и патологизирующим воздействием на ранних этапах эмбриогенеза. Необходимо отметить, что на генетическом уровне передается не сам алкоголизм, а совокупность свойств нервной системы, обмена веществ, и ряд особенностей функционирования организма человека в целом, которые в неблагоприятных социальных условиях провоцируют быстрое возникновение зависимости (в том числе алкогольной). Другим фактором

выступает алкогольное поражение плода на ранних этапах развития. Еще находясь в утробе матери, злоупотребляющей алкоголем, ребенок подвергается токсическому воздействию. Алкоголь отравляет все органы и ткани формирующегося организма малыша, включается в обмен веществ. И, появляясь на свет, ребенок, зачастую, уже страдает хроническим алкоголизмом.

Во-вторых, необходимо учитывать и момент психологического наследования. Воспитываясь в алкоголе-зависимой семье, дети с самого раннего детства наблюдают картину семейного неблагополучия и, к сожалению, усваивают модели поведения своих родителей. И хотя в дошкольном и младшем школьном возрасте такие дети высказывают твердые антинаркогенные установки - утверждают, что никогда и ни за что не будут использовать одурманивающие вещества, в подростковом возрасте становятся зависимы от психически-активных веществ. Программа воспитания, заложенная родителями, начинает реализовываться. И это вполне объяснимо. Ведь именно в семье мальчик или девочка осваивает способы взаимодействия с окружающим миром, решения проблемных ситуаций, удовлетворения своих потребностей. В семье зависимых основной поведенческой схемой, используемой практически во всех случаях, является наркотизация. Молодой человек не владеет иными вариантами получения удовольствия, он не умеет преодолевать трудности, успокаиваться и т.д. без помощи дурмана. Стоит отметить, что сыновья или дочери зависимых часто используют для наркотизации иное вещество, нежели их родители. Дети наркоманов чаще становятся алкоголиками, дети алкоголиков - наркоманами. Психологи объясняют это тем, что, выбирая другое вещество, подросток противопоставляет себя родителям, доказывая свою «непохожесть». К тому же запах, вкус «вещества взрослых» у подростка может стойко ассоциироваться с теми неприятными переживаниями, которые ему пришлось пережить по вине родителей.



Встречаются и редкие исключения. Порой из таких детей вырастают ярые поборники трезвеннических традиций, избегающие любых форм наркотизации. Для них непереносимыми (и психологически, и физиологически) оказываются даже небольшие дозы одурманивающих веществ. Но все же на протяжении всей жизни и они остаются зависимыми от родителей. Все их поведение подчинено идее «поступать не так, как поступали родители». Эмоциональный отрыв, нарушение привязанности к самым близким людям, снижает их способность противостоять жизненным трудностям. В ситуации стресса люди, выросшие в алкоголе-зависимой семье,

если и не начинают употреблять психоактивные вещества, то все равно проявляют несовладание: избегают решения проблем, испытывают обострения хронических заболеваний, депрессию.

Дополнительным патологизирующим фактором выступает негативное влияние алкоголя, употребляемого матерью в период беременности, на развитие ребенка. У алкоголе-зависимых матерей рождаются дети с тяжелыми соматическими нарушениями и отклонениями в психическом развитии. Токсическое воздействие алкоголя на плод вызывает повреждение и гибель самых уязвимых клеток формирующегося организма ребенка — нервных клеток. Дети появляются на свет с тяжелыми органическими повреждениями головного мозга, недоразвитием сенсорных систем (зрение, слух). Ребенку с ограниченными возможностями здоровья, в особенности с интеллектуальной недостаточностью (характеризующейся некритичностью поступков и повышенной внушаемостью), крайне тяжело противостоять негативному воздействию семьи.



Оценивая влияние семьи на раннюю алкоголизацию и наркотизацию, нельзя упускать из вида и **внешне благополучные семьи**. Принято считать, что большинство детей, использующих наркотические и токсикоманические вещества, воспитываются в неполных семьях - там, где есть только мама (реже - отец). Однако сегодня это представление явно теряет свою актуальность: 60% несовершеннолетних, имеющих опыт наркотизации, живут вместе с обоими родителями. Поскольку, главное значение имеет не состав семьи, а характер атмосферы, складывающейся в доме, эмоциональная близость и доверие, которое оказывают домочадцы друг другу. И тут классическая семья, где есть и отец, и мать, может явно проигрывать семье, состоящей из матери-одиночки и ребенка, если в первом случае взаимоотношения людей напоминают непрекращающуюся борьбу, а во втором случае ребенок окружен нежностью, любовью, заботой.

Причиной ранней алкоголизации и наркотизации выступает гиперопека в воспитании. В этом случае ребенка с раннего детства опекают и контролируют, следят за каждым его шагом, не давая ни малейшей возможности проявить самостоятельность. Ребенок или превращается в кумира семьи, чьи реальные или мнимые способности - предмет неистощимого восхищения, или становится объектом постоянных завышенных притязаний и требований со стороны родителей, которые он просто не в состоянии выполнить. Привыкнув к постоянному контролю со

стороны окружающих, мальчик или девочка легко подчиняется любому внешнему давлению. Попадая под влияние асоциальной компании, такие дети совершают даже те поступки, которые в душе считают неправильными, нехорошими, и делают это просто потому, что не умеют отказываться, отстаивать свою позицию.

Риск возникновения алкогольной и наркотической зависимости возникает и при наличии в детском опыте человека нарушения эмоциональной привязанности к близкому взрослому. Феномен «нарушения привязанности» описал еще в середине XX века английский исследователь Дж. Боулби. Он отмечал, что люди, пережившие в раннем детстве разлуку с матерью (помещение на длительный период в больницу, интернатное учреждение или даже эмоциональное отвержение со стороны матери) склонны к совершению противоправных действий, имеют проблемы с алкоголем и наркотиками, с трудом устанавливают близкие отношения с окружающими людьми.

Возникновению многих психологических проблем у человека (психосоматические заболевания, алкоголизм, наркомания, сверхценные идеи и увлечения и т. д.) способствует непроговариваемый травматический опыт, передаваемый из поколения в поколение в семье. В качестве непроговариваемого травматического опыта (замалчиваемого факта) в семье может выступать преступление, инцест, участие в войнах, предательство и т. п. в одном из поколений. О семейной тайне не говорят, не пытаются ее осознать, пережить. Травматический опыт вытесняется в сферу бессознательного и проявляется в форме психической и психосоматической патологии в последующих поколениях. Именно об этом Ф.Дольто писала: «...то, что замалчивается в первом поколении, второе поколение носит в своем теле...». Перенося теоретические постулаты на современную Российскую действительность, можно предположить, что одной из причин широкой алкоголизации населения является травмированность общества. На протяжении XX века Россия пережила множество травмирующих событий: революции, репрессии, войны и т. д., которые разрушили вертикальные связи в семьях, способствовали появлению неосознанного травмирующего компонента.

Таким образом, ошибки семейного воспитания, семейные проблемы, передающиеся из поколения в поколение могут подтолкнуть ребенка к пропасти нарко- и алкогольной зависимости. Но именно семья способна обеспечить ребенку и стойкий иммунитет к наркогенному соблазну. Сегодня уже не вызывает сомнения то, что эффективность профилактической работы напрямую зависит от степени включенности в нее родителей. Никакие самые современные методики не принесут успеха, если формируемые антиалкогольные установки не находят поддержки в семье.

Раздел II. Основы профилактики и коррекции алкогольной зависимости

1. Работа по профилактике алкогольной зависимости в среде подростков

В профилактике алкоголизма специалисты выделяют несколько направлений: медицинское, юридическое, социальное. Как правило, все они ориентированы на «исправление» последствий алкоголизации - медики разрабатывают все новые и новые методы лечения зависимости, юристы предлагают варианты законодательных мер, способных ограничить торговлю спиртными напитками, и т.п. Педагогическая профилактика рассматривается как вспомогательное звено антиалкогольной политики, и возможности ее оцениваются весьма скромно. Между тем именно она способна стать той самой «прививкой», которая защитит ребенка от алкоголизма. А какой должна быть педагогическая профилактика?



Многие взрослые считают, что для того, чтобы сформировать у ребенка или подростка устойчивость к алкогольному соблазну, достаточно рассказать об опасности, вреде алкоголя. Но, этого явно недостаточно. Можно хорошо разбираться в том, что такое хорошо и что такое плохо, и при этом продолжать рисковать своим здоровьем и судьбой.

Психолого-педагогическую профилактику нельзя свести к обычным наказаниям и поучениям. Конечно, молодому человеку нужно знать о последствиях алкоголизации, уметь реально оценивать опасность знакомства с алкоголем и выбирать правильную схему поведения в ситуации возникновения алкогольной зависимости.

Но для того, чтобы понять, как алкоголь влияет на здоровье (а, следовательно, убедиться в его опасности), детям и подросткам нужно иметь представление об устройстве и работе человеческого организма. При этом важно, чтобы молодой человек понимал, насколько совершенно его тело, организм, какие потенциальные возможности таятся в каждом из нас. А раз это так, то забота о собственном здоровье не просто скучная обязанность, выполнения которой требуют взрослые, а неременное условие реализации своих желаний, достижения успеха в жизни. Следовательно, педагогическая

профилактика - это еще и формирование культуры здоровья детей. Но и это еще не все.

Молодой человек должен осознавать, что его здоровье, жизнь - это то, что он получил от прошлых поколений, и то, что он спустя время должен передать грядущим. А это значит, что забота о здоровье приобретает новый смысл. Человек не вправе бездумно распоряжаться этим даром. Любое поведение, связанное с саморазрушением, не просто опасно, оно безнравственно по отношению к своим близким. И тут педагогическая профилактика требует вовлечения в сферу внимания педагога категорий морально-этического характера. Взрослому так или иначе придется обсуждать с детьми столь сложные (и на первый взгляд далекие от проблемы алкоголизма) понятия, как: смысл жизни, нравственность, долг, самосовершенствование и т.п. Естественно, что в зависимости от возраста воспитанников глубина трактовки этих категорий будет различаться.

Психолого-педагогическая профилактика напрямую связана и с формированием у подростков их социальной компетенции. Если молодой человек умеет реализовывать свои потребности в общении, любви, получении удовольствия адекватными способами, то ему нет необходимости прибегать к помощи алкоголя. Задача взрослого - научить своих подопечных законам общения, умению избегать и преодолевать конфликтные ситуации, управлять своими эмоциями, прогнозировать результаты своего поведения и многому, многому другому - тому, что можно обозначить как «искусство жизни».

Таким образом, педагогическая профилактика оказывается тесно связанной с очень многими направлениями формирования личности молодого человека и должна охватывать все факторы социализации ребенка. Именно поэтому мы предлагаем; рассматривать 3 уровня организации модели педагогической профилактики - макроуровень (рассматриваемый в рамках целого государства), мезоуровень (действующий на уровне региона), микроуровень (включающий в себя ближайшую среду обитания несовершеннолетнего).

К сожалению, несмотря на всю актуальность проблемы, общегосударственной программы педагогической профилактики алкоголизма до сих пор не существует. Лишь в некоторых регионах сегодня начинают действовать региональные программы профилактики алкоголизма несовершеннолетних, однако их опыт еще незначительный и требует дополнительного изучения. Сегодня реально можно говорить о функционировании модели на микроуровне - на базе школы, досугового учреждения и т.п. Кстати, отдельный класс тоже относится сюда. Однако, несмотря на, казалось бы, незначительную «масштабность» такой модели, она реально способна повлиять на поведение детей в отношении алкоголя. Педагогическая профилактика включает в себя 3 основных структурных

блока: первичная профилактика, направленная на предупреждение реального приобщения подростков к одурманиванию; вторичная профилактика, предотвращающая развитие алкоголизма у несовершеннолетних, имеющих опыт злоупотребления спиртными напитками; третичная профилактика - педагогическая реабилитация подростков со сформированной зависимостью.

Первичная профилактика имеет несколько направлений реализации. Общая воспитательная работа с детьми. Ее основная цель заключается в формировании у детей и подростков антиалкогольных установок как внутриличностных регуляционных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

В структуре антиалкогольных установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент. Информационный компонент включает в себя все сведения об аспектах алкоголизма, которые позволят предотвратить знакомство с алкоголем (влияние на организм, физическое и психическое здоровье, социальный статус и т.д.). Оценочный компонент базируется на определенном негативном восприятии ребенком явления, факторов, связанных с ним. Поведенческий компонент представляет собой комплекс приемов и навыков, позволяющих ребенку избежать пробы алкоголя или наркотического вещества, а также вариантов поведения, обеспечивающих реализацию потребности в удовольствии за счет социально ценных источников.

Существует множество вариантов реализации этого направления. Это и использование на занятиях определенных обучающих программ, включение специальных сведений в содержание традиционных школьных курсов (например, на уроке математики подсчитывается «цена» алкоголизма для здоровья, на уроках биологии рассматривается влияние алкоголя на системы организма и т.п.), организация тренингов, различных тематических мероприятий (акции, шоу, дискуссионные клубы и т.п.).

Коррекционная работа с детьми группы риска. Работа направлена на коррекцию и возможное нивелирование негативных личностных характеристик, способных провоцировать знакомство с алкоголем и наркотическими веществами. Она предполагает помощь несовершеннолетним, испытывающим трудности социальной адаптации, - развитие у них коммуникативных навыков, приемов противостояния негативному социальному давлению, внутриличностных регуляционных механизмов, а также организацию условий для их успешной адаптации в детском коллективе. Это направление реализуется за счет работы школьной социопсихологической службы (в большинстве школ сегодня есть психолог и социальный работник). Основными формами являются психолого-педагогическая диагностика (выявление группы риска, определение основных причин, обуславливающих трудности социальной адаптации),

индивидуальные консультации для учащихся, специальный психолого-педагогический контроль, организация коррекционных тренингов, мастерских и т.п.

Работа с несовершеннолетними, имеющими опыт злоупотребления спиртными напитками. Ее основная цель заключается в предотвращении дальнейшего развития алкоголизма у детей, успевших познакомиться со спиртными напитками. Она связана с выявлением учащихся, употреблявших алкоголь, организацией в школе специального антиалкогольного контроля, исключающего приобщение к алкоголю других подростков, проведением различных тренингов, цель которых - научить детей сопротивляться алкогольному соблазну. В случаях, когда это необходимо, организуется психологическое, медицинское



консультирование несовершеннолетних в подростковых наркологических службах (подростковые наркологические кабинеты, служба доверия и т.п.).

Работа с родителями. Это направление предполагает решение нескольких задач - воспитательных (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению алкоголизма) и образовательных (освоение основных приемов организации семейной профилактики). Выделяют общую и специальную работу с родителями. Общая работа осуществляется за счет организации семинаров, лекций, привлечения взрослых членов семей к процессу антиалкогольной подготовки учащихся и т.п. и ориентирована на все группы родителей. Специальная работа направлена на родителей несовершеннолетних группы риска, а также тех детей, которые уже имеют опыт употребления алкоголя. Она предполагает индивидуальное консультирование взрослых, помощь при организации их взаимодействия с учреждениями подростковых наркологических служб, совместную организацию антиалкогольного контроля, исключающего возможность использования детьми алкоголя, а также привлечение взрослых к участию в психолого-педагогических коррекционных программах, осуществляемых на базе психологической службы школы.

Понятно, что, выстраивая модель профилактики, формируя ее содержание, необходимо учитывать особенности конкретной детской аудитории, исходить из собственного понимания задач антиалкогольного воспитания. Но, несмотря на возможное разнообразие, содержание любой

модели должно отвечать определенным принципам.

Системность - построение программы базируется на взаимодействии личностных (внутренних) и социальных (внешних) факторов, способных обуславливать поведение детей в отношении собственного здоровья, возможное приобщение к алкоголю. При этом важно понимать, что среди этих факторов есть те, на которые он может реально повлиять (например, за счет специальной тренинговой программы у ребенка может быть снято состояние психологического напряжения), и есть факторы, повлиять на которые с помощью педагогических технологий невозможно. Поэтому первая группа факторов включается в сферу активной деятельности, влияние же второй группы факторов следует обязательно учитывать, однако ставить перед собой задачу как-то изменить их не стоит. Важно осознать реальные возможности своего вмешательства в проблему.

Парциальность - педагогическая профилактика рассматривается как часть общего процесса воспитания личности и реализуется через формирование у ребенка навыков позитивной социальной адаптации.

Когнитивная адекватность - максимальное соответствие форм, методов педагогической профилактики специфическим особенностям возрастного развития конкретной группы детей. Так, к примеру, при организации работы с младшими школьниками преимущественно должны использоваться скорее аффективные (затрагивающие эмоциональную сферу), чем традиционные дидактические методы обучения; при работе с подростками не следует акцентировать их внимание на устрашающих фактах, связанных с алкоголизмом (поскольку факторы, обладающие повышенной опасностью, привлекательны в глазах 13-14-летних) и т. п.

Проблемная адекватность - в содержании программ должны быть отражены наиболее актуальные для конкретной возрастной группы детей проблемы их социального становления, а, следовательно, и наиболее типичные механизмы алкоголизации.

Социокультурная адекватность - отражение в программах свойственных обществу стандартов и норм поведения, закрепленного стиля отношений в семье и т.п.

Опережающее обучение - целевая подготовка детей должна быть организована заблаговременно, предвзявая реальный этап возможного знакомства с алкоголем. Психологи считают, что оптимальный срок опережения составляет три года. С учетом того, что возрастная планка знакомства с алкоголем сегодня тоже постоянно снижается, начальные антиалкогольные знания и умения у ребенка должны формироваться уже с дошкольного возраста. Именно так строится профилактическая работа в большинстве зарубежных стран.

Персонификация целевого воздействия - к организации антиалкогольной подготовки могут привлекаться люди, для которых

проблема алкоголизма имеет личностную значимость, - бывшие больные, сумевшие преодолеть зависимость. Этот принцип еще не получил широкого распространения в практике отечественной профилактики, хотя за рубежом он весьма популярен. Таким образом достигается эффект большей доверительности, подлинности, убедительности информации, поступающей к молодым людям. Одновременно у подростков формируется представление о возможности человека победить порок, преодолеть алкоголизм.

Опора на механизмы и феномены массового сознания, массовой культуры - в процессе подготовки несовершеннолетних следует задействовать специальные социопсихологические механизмы, обеспечивающие позитивное восприятие и принятие формируемых установок. Речь идет о феномене эффективного влияния через героев и атрибуты массовой художественной культуры, популярных, модных в среде молодежи. Действительно, информация, услышанная из уст кумира, его жизненная позиция непременно вызывают внимание, стремление подражать (что далеко не всегда можно сказать об информации, поступающей от родителей и учителей). Эффективно и использование модных досуговых форм - шоу, дискотек, хоп-акций и т.п. Это позволит сформировать особый продвинутый имидж позиции «против алкоголя».

Принцип запретной информации - в своей работе с детской аудиторией нельзя использовать информацию, которая так или иначе способна облегчать приобщение к алкоголю.

Ранняя профилактика алкогольной зависимости имеет исключительно важное значение, однако в случае если она не была вовремя проведена, специалисты сталкиваются с необходимостью организации коррекционной работы с алкоголе-зависимым членом семьи или семьей в целом.

2. Коррекционная работа с алкоголе-зависимыми семьями

Проблема применения технологий социальной работы с лицами, страдающими алкогольной зависимостью, обусловлена и тем фактом, что это специфическая группа населения, находящаяся в трудной жизненной ситуации: многие из них не могут найти работу, не имеют семьи и не желают участвовать в общественной жизни. Их доход значительно ниже среднего, а потребность в медицинской и социальной помощи намного выше, чем у других людей. Общество часто относится к этим людям настороженно, а порой и открыто



негативно. Поэтому люди, страдающие алкогольной зависимостью – слаботзащищенная категория населения, нуждающаяся в социальной помощи, которая, как известно, реализуется через частные и общие технологии социальной работы.

Социальная жизнь человека, страдающего алкогольной зависимостью, существенно отличается от жизни обычных людей, тем, что, во-первых, нарушаются сети социальной поддержки: человек теряет социально значимые связи (в трудовом коллективе, семье) и наиболее значимыми для него становятся люди, имеющие такой же аддиктивный опыт. Во-вторых, члены семьи больного, страдающего алкоголизмом, находятся в состоянии созависимости, то есть происходит полная дисфункциональность семьи, от которой, в первую очередь, страдают дети.

Работа специалиста в реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом неотделима от специфики социальной работы с семьей.

1. Специфика социальной работы с семьей заключается в том, что, во-первых, практически все современные социальные и индивидуальные проблемы представлены в семье, поэтому разрешение вопросов малообеспеченных, алкоголиков, безработных, и т.д. всегда затрагивает семью.

2. Во-вторых, проблемы отдельных членов семьи - это всегда проблемы семьи в целом, и наоборот. Например, утрата работы, пьянство, самым прямым образом сказывается не только на материальном статусе семьи безработного, но и на психологическом климате в ней, отношениях между родителями и детьми, психическом здоровье всех членов.

3. Поэтому, в-третьих, работа с нуждающимся в помощи членом семьи как правило предопределяет работу с другими членами данной семьи.

4. Семья - система гомеостатическая, то есть сложившийся в ней устойчивый баланс отношений имеет тенденцию само - восстанавливаться после каких-то нарушений, вызванных изменениями структуры семьи (Рождением ребенка или, наоборот, смертью одного из членов, разводом и т.д.). Это предопределяет, с одной стороны, редкостную устойчивость семьи, ее способность залечивать раны, нанесенные жизнью. С другой стороны, это обуславливает трудности воздействия на семью: например, излечившиеся алкоголики нередко побуждаются к рецидиву именно семейным окружением, которое привыкло существовать в условиях алкогольного кризиса и по другому существовать не умеет.

5. Семья - система закрытая. Ее жизнь протекает вне наших глаз, многие ее стороны скрыты от наблюдения, о многом мы можем судить только по косвенным признакам. Поэтому истинная причина семейной дисгармонии и осознание ее членами семьи могут не совпадать.

Поэтому работа с семьей требует длительного времени и включает в себя внимательное диагностирование, наблюдение.

6. Специалист по социальной работе не может разрешить проблему: он может помочь клиентам в разрешении их проблем. Если говорить подробнее, то помощь социального работника заключается в том, чтобы содействовать клиентам в понимании истинной природы их проблемы, рассмотрении различных сценариев ее разрешения и осознании той цены, которую придется заплатить в случае действия по каждому из сценариев или бездействия, и тех результатов, которые могут быть достигнуты. Ни в коем случае нельзя подменять свободных суверенных индивидов в разрешении ими их собственных трудностей, нельзя снимать с них и возлагать на себя ответственность за последствия их поведения.

7. Нельзя также навязывать людям свое представление о счастье и человеческом предназначении. Система ценностей и представлений специалиста может разительно не совпадать с системой ценностей и представлений клиента.

8. Семья автономна в своей жизнедеятельности, она имеет право выбирать способы взаимоотношений. Вмешательство в семейные взаимоотношения желательно только по просьбе клиентов, по их обращению. Исключением может считаться ситуация, когда существует прямая и недвусмысленная угроза физическому и психическому здоровью и жизни кого-то из ее членов.

9. Помощь семье оказывается не для того, чтобы повысить рождаемость, обеспечить рабочую силу будущего или ликвидировать дефицит призывного контингента для Вооружённых Сил, а для того, чтобы помочь существованию реальных семей и обеспечению выживания и развития реальных детей.

10. Наконец, работа с семьей требует высочайшей деликатности и конфиденциальности, ибо в ходе ее затрагиваются сведения и моменты, разглашение которых может нанести серьезный ущерб индивидам, а неловкое обращение с ними специалиста непоправимо разрушает возможности для сотрудничества с клиентом

В социальной работе с семьей можно использовать:

- Групповую беседу и групповую терапию, частью которой беседа может являться. Заключается в ведении направляемой специалистом беседы среди членов семьи или нескольких семей со сходными трудностями. Даст возможность "проговорить" проблему, осознать ее для себя, сравнить свое восприятие ее с восприятием других людей, находящихся в аналогичной ситуации. Помогает преодолеть барьер предвзятости и исключительности, выработать позитивное рациональное отношение к разрешению существующей проблемы.

- Генограмму: удобный способ для начального этапа индивидуальной работы с конфликтной семьей, который даст возможность вовлечь во взаимодействие даже тех членов семьи, которые уже давно не разговаривают

друг с другом. Графическое изображение семейной истории с учетом восходящих и нисходящих ее звеньев даст возможность также определить для специалиста наличие неполных семей у родственников (братьев, сестер, родителей) конфликтующей пары, раннее овдовение, алкоголизм и т.д., что служит важным диагностическим инструментом.

- Семейный договор (в отличие от контракта) заключается в произвольной форме и не подлежит официальной регистрации. При выявлении обоюдного желания нормализовать семейные взаимоотношения супруги определяют поля взаимных противоречий и договариваются о том, насколько и в какой форме они готовы отказаться от своих вызывающих осуждение привычек и занятий, пойти навстречу друг другу, чтобы ликвидировать конфликт в семье. Заключается в письменной форме и выполнение проверяется еженедельно.

- Семейную психопрофилактику: разработка и регулярное использование заместительных средств отреагирования отрицательных эмоций и разрядки психических напряжений. Например, французские специалисты рекомендуют супругам время от времени бить друг друга поролоновыми палками. Правда, воспитывать привычку к насилию нежелательно, поэтому лучше вместе "разряжать" свою агрессивность на нейтральных предметах (занятие спортом даст такую возможность).

Основная нагрузка при коррекции отрицательных проявлений ложится на саму семью, однако ей необходима помощь семейного социального работника. Мер поведенческого плана может оказаться недостаточно, необходимо будет вмешательство нарколога, сексолога или иных узких специалистов. Поэтому диагностика проблем семьи важна на каждом этапе работы с ней.

Технология социальной работы в алкоголе-зависимой семье

В рамках развивающегося в России института социальной работы осуществляется напряженный поиск оптимальных моделей как долговременных, так и кратковременных видов помощи и поддержки семьи и детей. Социальная работа в целом и система социального обслуживания населения в частности развиваются интенсивно с использованием различных технологий. При помощи социальных технологий можно своевременно снимать социальное напряжение, разрешать индивидуальные и коллективные социальные конфликты, принимать и реализовывать оптимальные управленческие решения.

В ведении органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, по состоянию на начало 2009 года, 3059 учреждений социального обслуживания семьи и детей, в числе которых центры социальной помощи семье и детям, реабилитационные центры для детей-инвалидов, социальные приюты для детей и подростков, кризисные центры для женщин и другие. Каждое из этих учреждений использует технологии

социальной работы в зависимости от проблем, с которыми обращаются нуждающиеся.

В соответствии с Государственным стандартом социального обслуживания населения граждане, находящиеся в трудной жизненной ситуации (в том числе и люди, страдающие алкогольной зависимостью и члены их семей), имеют право на следующие виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-правовые, социально-психологические, социально-педагогические, социально-медицинские. Эти услуги реализовываются специалистами учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения.

Таким образом, социальная помощь людям, страдающим алкогольной зависимостью, у нас в стране оказывается в районных центрах социальной помощи, в поликлиниках, в стационарах, в домах интернатах, в учреждениях уголовно-исполнительной системы, но наиболее профессионально она оказывается непосредственно в психиатрических больницах, в отделении наркологии.

Следует отметить, что социальная работа в наркологии и психиатрии имеет следующие отличия от обычной профессиональной социальной работы:

а) характерная черта социальной работы – это работа полипрофессиональной бригады (в состав которой входят специалисты по социальной работе, социальные работники, врачи, психологи), которая проводится с учетом различных психических патологий, ее содержание различно на разных стадиях заболевания;

б) социальная работа несет в себе определенную психотерапевтическую направленность. Разнообразные виды психосоциального вмешательства являются равноправными, наряду с методами медикаментозного лечения;

в) социальная работа направлена на активизацию автономии пациента, улучшение его социального функционирования, что ведет в итоге к повышению его социальной компетентности.

Предусматривается модель организации помощи – в виде мультипрофессиональной бригады с консолидированной совместной работой разных специалистов, прежде всего врача-нарколога, клинического психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе. Здесь медицинские учреждения преимущественно предоставляют полустационарную и амбулаторную помощь и в меньшей степени предназначены для длительного круглосуточного пребывания пациентов в стационаре. В этих условиях возрастает роль социальной помощи и специалиста по социальной работе.

Эти проблемы могут быть решены только при выполнении следующих условий: четком разграничении обязанностей и ответственности

каждого из специалистов на всех этапах оказания помощи – с одной стороны, и организации бригадного взаимодействия (сотрудничества) и бригадной ответственности за каждого пациента – с другой.

Реализация социальных услуг, необходимых людям, страдающим алкогольной зависимостью, осуществляется через применение определенных социальных технологий.

При работе с семьями алкоголиков используются другие технологии, предусматривающие выявление основных причин злоупотребления спиртными напитками и сопутствующих обстоятельств. Работа с такими семьями подразумевает формирование мотивации клиента и его семьи к безалкогольному образу жизни и построению иной системы взаимоотношений.

Работа с пьющей семьей требует длительного времени и включает в себя внимательное диагностирование и наблюдение, которое должно начинаться с изучения семьи, составления их социальной карты. Необходимо правильно ориентироваться в жизненных ситуациях. Своеобразное вмешательство способно предотвратить серьезные осложнения в будущем.

Семьи больных алкоголизмом - страдают во многих отношениях. Главные их проблемы - психологические. С ними могут быть тесно связаны и проблемы здоровья. Алкоголизм чреват большими потерями в семейном бюджете.

Специалист по социальной работе должен поставить перед собой цель - «помочь больному бросить пить», которую необходимо достичь и которая включает в себя следующие этапы:

- 1) дать основные сведения о вредном действии алкоголя на организм человека, об опасности злоупотребления спиртными напитками;
- 2) внушить мысль о недопустимости употребления спиртных напитков детьми, об особой опасности злоупотребления алкоголем в молодом возрасте;
- 3) объяснить сущность пьянства, опасность перехода его в алкоголизм, показать социально - экономические последствия пьянства и алкоголизма;
- 4) настроить всех на решительную борьбу с пьянством и его проявлениями, ознакомить с мерами этой борьбы.

В своей работе можно использовать различные средства(надо исходить из того, что каждому человеку в зависимости от его характера, пола, возраста свойственно сравнительно лучшее восприятие какого-либо одного из методов):

- 1) цикл лекций;
- 2) эпизодические лекции, беседы, групповые беседы, которые помогают преодолеть барьер предвзятости и исключительности, выработать позитивное рациональное отношение к разрешению существующей проблемы;

- 3) тематические вечера, вечера вопросов и ответов;
- 4) научно-популярные брошюры, листовки, памятки, плакаты;
- 5) семейную психопрофилактику;

6) группы взаимопомощи, объединяют людей имеющих общие или сходные проблемы и нужды, которые они сами не могут решить и поэтому совместно обсуждают и тем самым их облегчают и преодолевают. Такие группы включают не больше 5-7 человек. Каждый участник не только принимает помощь других, но и ее осуществляет, активизируя и развивая для этого собственные ресурсы и силы.

Результатом проделанной работы должно быть избавление людей от комплексов и привычек, мешающих находить решение актуальных проблем, помочь им приобрести новый опыт, который позволил бы думать, чувствовать и действовать себя по-новому, адекватно ситуации. Если специалист получил такой результат, его работа прошла успешно.

Раздел III. Технологии социальной работы с людьми, страдающими алкогольной зависимостью: из опыта работы социозащитных учреждений Костромской области

В современном российском обществе проблема алкоголизма вышла в разряд первоочередных. В последние годы показатель заболеваемости алкоголизмом значительно возрастает. Так, в 2009 году количество лиц, страдающих алкоголизмом, в России увеличилось на 45% по сравнению с 2006 годом. Органы государственной власти пытаются решать проблему борьбы с алкоголизмом преимущественно путем профилактики этого явления. В то же время, проблеме организации социальной помощи гражданам, страдающим алкогольной зависимостью, уделяется недостаточное внимание на всех уровнях власти: федеральном, региональном, местном. Проблема организации социальной работы с гражданами, страдающими алкогольной зависимостью обусловлена необходимостью комплексного подхода при решении проблем данной категории людей, расширения перечня услуг социальной помощи, внедрения новых инновационных технологий социальной работы, прежде всего, сопровождающего и мотивирующего характера.

В Костроме работают психиатрический и наркологический диспансеры, и два наркологических отделения в областной психиатрической больнице (женское и мужское). В круглосуточном режиме работают бригады специализированной скорой психиатрической помощи.

Содержание деятельности специалистов по социальной работе с реабилитантами реализуется в несколько этапов:

I этап – изучение социально-психологических особенностей личности, социального влияния среды пациента. Содержание деятельности: наблюдение, беседа, опрос экспертов, интервьюирование, анкетирование, изучение документов, анализ.

II этап – организация образовательных взаимодействий с проблемной личностью. Содержание деятельности: 1) поддержка пациентов из семей группы риска; 2) содействие в решении проблем; 3) сотрудничество с семьей; 4) посредничество в личностной самореализации; 5) побуждение личности к самоорганизации и самостоятельности.

III этап – социально-психологическая помощь и поддержка личности.

Содержание деятельности: 1) прояснение проблемы; 2) обсуждение путей решения проблемы; 3) помощь в организации выхода из проблем; 4) координация усилий ближайшего окружения личности; - создание группы поддержки и групп самопомощи.

IV этап – коррекция отношений, способов социального действия, посредничество в творческом развитии личности и группы. Содержание деятельности: 1) моделирование ситуаций для нового опыта; 2) организация диалога и сотрудничества; 3) организация микросреды с измененными условиями; 4) создание и оценка ситуаций успеха; 5) изменение представлений личности о своем «Я»; 6) поддержка инициатив, создание условий для раскрытия потенциала.

Рассмотрим технологии оказания коррекционной помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью на примере ряда районов Костромской области.

1. Из опыта работы специалистов КЦСОН Костромского района с алкоголе-зависимыми семьями

В Костромском КЦСОН отделением психолого-педагогической помощи семье и детям осуществляется комплексная поддержка алкоголе-зависимых семей в период ремиссии. Рассматривая данный опыт, необходимо остановиться на видах ремиссии и причинах ее наступления.

Итак, выделяют:

- полную ремиссию - воздержание от употребления алкоголя с исчезновением влечения к опьянению, нормализацией настроения, сна, аппетита, отсутствием проявлений отставленного абстинентного синдрома.
- неполную ремиссию - воздержание от потребления алкоголя при сохраняющемся или периодически появляющемся влечении к алкоголю, колебаниях настроения (тоскливо-тревожный, дисфорический или тоскливо-апатический аффект), нарушениях сна и аппетита, время от времени появляющихся симптомах отставленного абстинентного синдрома.
- интермиссию - это полная ремиссия, длящаяся не менее года, сопровождающаяся полным восстановлением социального семейного статуса, отсутствием характерных для алкоголизма изменений личности.
- спонтанную ремиссию, под которой понимается ремиссия, наступившая без специального терапевтического вмешательства.
- терапевтическую ремиссию, наступившую после проведения специального терапевтического вмешательства.

Среди причин наступления ремиссии принято называть: ухудшение физического состояния, исчезновение влечения к опьянению (третья стадия), исчезновение эйфоризирующего действия алкоголя, резкое ослабление влечения к опьянению, ухудшение самочувствия после алкогольного эксцесса (после 60 лет), наличие другого психического заболевания (шизофрения, эндогенные аффективные расстройства).

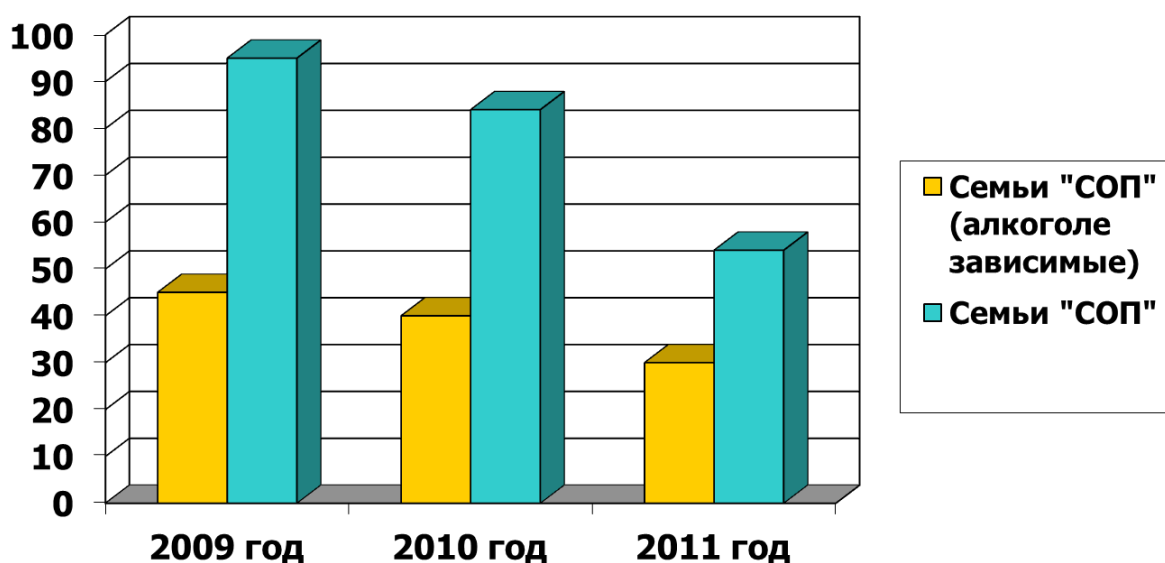
Чаще всего ремиссии наступают в результате воздействия социальных факторов (угроза лишиться семьи, работы, социального положения, материального благополучия).

Начиная с 2009 года, отделением психолого-педагогической помощи семье и детям Костромского КЦСОН проводится комплексная работа с алкоголе-зависимыми семьями в состоянии ремиссии.

К основным формам работы отделения психолого-педагогической помощи семье и детям с алкоголе-зависимыми относятся: социальная помощь, психологическая помощь, педагогическая помощь, информационная помощь (диагностика, рекомендации, реабилитация; работа с близкими алкоголе-зависимого).

Изменение числа алкоголе-зависимых семей, состоящих на учете в отделении психолого-педагогической помощи семье и детям на протяжении последних трех лет отражены на диаграмме 1.

Диаграмма 1. Алкоголе-зависимые семьи, состоящие на учете в ОПППСиД Костромского КЦСОН



Примеры:

Семья Светланы Л., 1974 г.р. Дети: 3 девочки – 17,15,12 лет. Дата постановки на учет – 15.03.2003 (СОП). Изменения статуса: группа риска – 2009, СОП – 06.2010, группа риска - 09.2010, СОП – 01.2011. Вторая стадия алкоголизма – ведущая причина – алкоголизм сожителя и низкий уровень жизни. Проведенная работа: ходатайство о сохранении работы, увел.срока погашения задолженности, беседы, контроль, вызовы на КДН, посещение участкового, рекомендации социальному педагогу, школьному психологу по работе с дочерьми; гуманитарная помощь – стабильно 1 раз в 3-4 месяца; материальная помощь – 2000 р.; путевка в санаторий для 2-х дочерей; восстановление в

работе. Результат: период ремиссии длится от 3 до 6 месяцев, продолжает увеличиваться, период запоев стал значительно меньше и протекает спокойней.

Семья Людмилы Ш., 1962 г.р. Дети: 1 девочка семи лет. Дата постановки на учет – 12.02.2009 (группа риска). Изменения статуса: СОП – 03.2010, группа риска — 11.2010. Первая стадия алкоголизма – ведущая причина –отсутствие целей в жизни, апатия. Проведенная работа: диагностика семейных отношений (мать, дочь, бабушка, брат матери); коррекционная работа с ребенком; работа по подготовке к школе; беседы; контроль занятости матери (работа); рекомендации о помощи Людмиле Ш. со стороны матери (бабушка) и брата; ежедневный контроль в периоды запоя; гуманитарная помощь – стабильно 1 раз в 6 месяцев; материальная помощь – 2000 р., путевка в санаторий для дочери. Результат: период ремиссии длится от 1 до 2-3 месяцев, продолжает увеличиваться, период запоев стал значительно меньше и протекает спокойней.

2. Из опыта работы специалистов КЦСОН Судиславского района с алкоголе-зависимыми семьями

На территории Судиславского района на 1.01.2011 г. проживают 14041 человек. Относительные показатели в наркологии рассчитываются на 100 тысяч населения; 394 человека, состоящих на учете по поводу алкогольной зависимости в пересчете на 100 тысяч населения составляют 2806,1. Данный показатель по Костромской области в 2008 году составляет 2548,2. Показатель Судиславского района выше, чем в Костромской области.

В 2010 году наркологическая служба района на диспансерное наблюдение поставила 14 больных с хроническим алкоголизмом и 9 больных с алкогольными психозами, впервые в жизни установленным диагнозом. В пересчете на 100 тысяч населения этот показатель составляет 163,8; а только психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя – 64,1. Среднеобластные показатели в 2008 году меньше районных, 107,4 и 39,2 соответственно. Показатели по РФ в 2007 году – 123,0 и 40,8 соответственно.

На профилактическом учете в наркологическом кабинете ЦРБ на 1.01.2011 года состоят 98 человек, из них 28 женщин с диагнозом злоупотребление спиртными напитками с вредными последствиями.

Вновь взято в 2010 году на профилактический учет 20 человек, из них 8 женщин.

Из 98 человек, состоящих на профилактическом учете 7 человек подростки в возрасте от 15 до 17 человек, это употребление алкоголя с вредными последствиями.

В 2010 году прошли стационарное лечение в Костромской психиатрической больнице 30 человек: по поводу алкогольных психозов 19 человек, провели 1221 койко-дней; по поводу хронического алкоголизма 9 человек, провели 339 койко-дней; по поводу опийной наркомании 2 человека, 37 койко-дней.

Стойкая ремиссия – период неупотребления спиртных напитков (алкоголя): от 6 месяцев до 1 года – 65 человек;

от 1 года до 2-х лет – 45 человек;

от 2 лет до 3-х лет – 34 человека.

Если пациент, страдающий алкогольной зависимостью, не употребляет спиртные напитки более 3-х лет, то снимается с диспансерного учета.

В Судиславском районе на диспансерном учете стараются не держать лиц возрастных, глубоких пенсионеров, снимают их с учета. Но, тем не менее на 1.01.2011 года 33 мужчины пенсионного возраста свыше 60-ти лет – 30 алкогольная зависимость и 3 потребление алкоголя с вредными последствиями; а также женщин свыше 55 лет – 32 алкогольная зависимость и 1 потребление алкоголя с вредными последствиями.

В работе комиссии ПДН особое внимание уделяется семьям, где родители имеют алкогольную и наркотическую зависимости. Работа в данном направлении ведется Комиссией ПДН и участковыми инспекторами ОВД, общественными советами по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних в городском и сельских поселениях, учреждениями образования и здравоохранения, социальными службами.

В системе образования работа по выявлению неблагополучия семей начинается в дошкольных учреждениях. С этой целью в дошкольных учреждениях на каждую семью при поступлении заполняется социальный паспорт, который содержит все необходимые сведения и позволяет правильно построить работу с семьей. Педагоги дошкольных учреждений знакомятся с семьей еще до приема ребенка в детский сад: при посещении ребенка прогулочной группы дошкольного учреждения или при посещении на дому.

В образовательных учреждениях при проведении операции «Всеобуч» проводится ежегодное обследование семей учащихся 1-5 классов. В школах оформляются социальные паспорта. При выявлении неблагополучных семей, употребляющих спиртные напитки и детей «группы риска» социальные педагоги, классные руководители берут их на контроль, планируют работу с ними, посещают семьи, своевременно информируют службы системы профилактики.

В системе здравоохранения в выявлении семей участвуют детская консультация, женская консультация, работники ФАП. При обнаружении медицинскими работниками ненадлежащего отношения родителей к исполнению своих обязанностей, ими доводится информация до специалистов по социальной работе сельских поселений, до КДН и ЗП.

Ежемесячно всеми службами профилактики проводятся комплексные рейды в семьи, находящиеся в социально опасном положении, в семьи, употребляющие алкогольные напитки.

В случае, когда усилиями учреждений и служб системы профилактики не удастся снять напряжение в семье и ситуация, усложняется тогда к таким семьям принимаются более строгие меры общественного, административного воздействия и крайняя мера лишение родительских прав. За 2010 г. на заседании КДН и ЗП рассмотрено административных материалов в отношении родителей по ст. 5.35-45 за 2009 г.-50. За 3 месяца текущего года – 13 родителей.

В 2010 г. лишены родительских прав 4 родителя в отношении 7 детей. В 2011 г. 2 родителя в отношении 3 детей.

С данными семьями ведется работа по направлению их на консультацию к врачу-наркологу или на лечение врачом-наркологом. В 2010г. прошли лечение 4 родителей.

Комиссией и всеми службами системы профилактики проводится работа по профилактике алкоголизма среди несовершеннолетних. Среди них проводится целенаправленная разъяснительная работа по формированию установок и навыков здорового образа жизни. Для этого среди подростков проводится разъяснение законодательства об административной ответственности за нарушение законодательства. Немаловажную роль сыграло в улучшении ситуации ограничение продажи алкоголя в вечернее и ночное время, внесение изменений в ст. 46 Закона КО №352-4 ЗКО от 21.07.2008 г. «Кодекс Костромской области об административных правонарушениях». Активизировалась работа по выявлению несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки. На заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних обсуждены подростки за употребление алкоголя.

Из них в 2011 году 1 подросток направлен на консультацию к врачу наркологу. Одним из направлений в работе по профилактике алкоголизма несовершеннолетних на муниципальном уровне является выявление лиц, вовлекающих в распитие спиртных напитков. В 2011 г. число граждан, привлеченных к административной ответственности за вовлечение несовершеннолетних в употребление спиртных напитков составляет в 2009 г. – 6 человек, в 2010 году – 7 человек.

Систематическая работа по профилактике и коррекции семейного неблагополучия, в том числе алкогольной зависимости, проводится специалистами отделения психолого-педагогической помощи семье и детям Судиславского КЦСОН.

Работа ведется службой системы профилактики в которую входят: КДН ЗП, ОГБУЗ "Судиславская РБ" , учреждения образования, общественные советы по предупреждению правонарушений среди несовершеннолетних при сельских поселениях, специалисты службы сопровождения семьи, участковые инспектора, инспектор ПДН ОП №16 МО МВД России "Островский", которые своевременно информируют о неблагополучных

семьях. Для координации в работе с семьей в Судиславском муниципальном районе создана рабочая группа по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, руководителем является заместитель главы администрации района. Заседания проводятся один раз в квартал, на которых производится обмен имеющейся информации всех органов системы профилактики проводимой работе с семьей. Данная информация систематизируется и направляется в ОГБУ «Судиславский КЦСОН» где заводится индивидуальная карта помощи. В состав исполнителей включаются представители всех субъектов профилактики. В зависимости от ситуации определяется вид патронажа: постоянный (1 раз в месяц), экстренный (каждый день или через день), контрольный (1-2 раза в год). Целью патронажа является, контроль за ситуацией в семье, оказание психологический, педагогической, экономической, социально – правовой помощи. На заседании рабочей группы заслушиваются службы системы профилактики проводимой работе с конкретной семьей. Принимаются решения о снятии или постановке семьи на профилактический учет в категорию социально – опасного положения или «группу риска». Необходимо отметить, что при снятии семьи с учета семья не выпадает из поля зрения службы системы профилактики, она остается на учете и под контролем специалистов по социальной работе и специалистов отделения психолог – педагогической помощи семье и детям.

В случае, когда усилиями учреждениями и служб системы профилактики не удастся снять напряжение в семье и ситуация усложняется к ним применяются более строгие меры общественного, административного воздействия и крайняя мера — лишение родительских прав.

В системе образования работа по выявлению и профилактике семей начинается в дошкольных учреждениях. С этой целью в дошкольных учреждениях на каждую семью при поступлении заполняется социальный паспорт, который содержит все необходимые сведения и позволяет правильно построить работу с семьей.

Педагоги дошкольных учреждений знакомятся с семьей еще до приема ребенка в детский сад: при посещении ребенка прогулочной группы дошкольного учреждения или при посещении на дому.

В образовательных учреждениях при проведении операции «Всеобуч» проводится ежегодное обследование семей первых – пятых классов. В школах также оформляются социальные паспорта. При выявлении семей с неблагоприятным микроклиматом социальные педагоги, классные руководители берут их на контроль, планируют работу с ними, посещают семьи, привлекают специалистов служб систем профилактики, своевременно дают информацию на рабочую группу.

В системе здравоохранения в выявлении семей участвуют детская консультация, женская консультация, работники ФАП. При обнаружении

медицинскими работниками ненадлежащего отношения родителей к исполнению своих обязанностей, ими доводится информация до специалистов по социальной работе сельских поселений, если проблему не удастся разрешить, специалисты обращаются с ходатайством в службу сопровождения семьи. Составляется план совместных мероприятий служб систем профилактики для оказания адресной социальной помощи конкретной семье, которая включает в себя: патронаж, консультирование, оказание услуг узких специалистов, экономическую, психологическую помощь.

Большое внимание профилактике неблагополучия в районе уделяется проведению межведомственных семинаров.

Положительные результаты в работе с семьей отмечаются при проведении ежеквартальных семинаров с семьями находящимися в трудной жизненной ситуации. В семинарах принимают участие специалисты всех служб систем профилактики.

3. Из опыта работы специалистов КЦСОН Пыщугского района по профилактике употребления подростками психо-активных веществ

В Пыщугском КЦСОН для достижения успеха в вопросах профилактики потребления наркотических и других психоактивных веществ в работе с подростками главный упор делается на развитии личностных качеств и социальных навыков подростков, обучении детей новым формам поведения, формировании стрессоустойчивости, воспитании личности, способной самостоятельно и ответственно строить свою жизнь. В связи с этим неотъемлемой частью курса по позитивной профилактике употребления ПАВ являются занятия, направленные на формирование гармоничной личности, на осознание ценности здоровья (т.е. проводится позитивная профилактика).

Задачами работы в рамках данного направления является:

1. Информирование подростков о пагубном воздействии психоактивных веществ на организм человека и последствиях злоупотребления ими.

2. Формирование у подростков навыков ответственного поведения, сознательного отказа от ПАВ в ситуации давления группы.

3. Выявить роль семьи в формировании зависимости употребления психоактивных веществ

4. Определить возможности семьи в профилактике злоупотребления подростками психоактивными веществами.

Работа проводится с подростками в возрасте от 12 до 15 лет, состоящие на учете в ПДН ПП №8 МО МВД РФ «Вохомский», и подростками из семей, находящихся в социально - опасном положении, состоящих на учете в «группе риска» в ОГБУ «Пыщугский КЦСОН».

Особенностью рассматриваемого подхода является то, что работу с подростками по осуществлению первичной профилактики ведут их сверстники на добровольных началах. Важно отметить приоритет позитивной направленности, т.е. избегание методик, основанных на устрашающей информации, использование объективных данных. Часто в профилактической работе используют угрожающую информацию, преувеличенные данные, ужасные истории. Но это может привести к сильным стрессовым расстройствам, а наша основная задача сохранить здоровье личности и научить сознательно отказаться от психоактивных веществ, выбирая приемлемые в обществе альтернативы досуга и отдыха.

Основные мероприятия по профилактике употребления ПАВ в среде подростков

Номер занятия	Наименование мероприятий	Форма проведения	Сроки проведения	Ответственный
1 занятие	Расскажи мне о себе	Анкетирование направленное на изучение характера отношения подростков к ПАВ и алкоголю	01.03. 2012г.	социальной педагог
2 занятие	«Пить — здоровью вредить»	Лекция о вреде алкоголизма и наркотической зависимости	15.03. 2012г.	Специалист по социальной работе
3 занятие	«Мы в ответе за тех, кого воспитали»	Тренинг для родителей	22.03. 2012г.	Психолог
4 занятие	«Тренировка умения принимать решения»	Тренинговое занятие	29.03. 2012г.	Психолог
5 занятие	«Если твой друг употребляет ПАВ...»	Опрос подростков	05.04. 2012г.	Психолог
6 занятие	«Развитие навыков отказа от.....»	Тренинговое занятие	12.04. 2012г.	Психолог

7 занятие	«Если хочешь быть здоров...»	Тестирование подростков	19.04. 2012г.	Специалист по социальной работе
8 занятие	«Развитие навыков конструктивного разрешения конфликтов»	Тренинговое занятие:	17.05. 2012г.	Психолог
9 занятие	«Дым вокруг от сигарет, в этом дыме места нет»	игра для детей из семей «группы риска» и семей, находящихся в социально- опасном положении	24.05. 2012г.	МУ «Центральная районная библиотека»
10 занятие		Анкетирование	31.05. 2012г.	Специалист по социальной работе

4. Из опыта работы Ресурсного центра по сопровождению семей, нуждающихся в социальной реабилитации и ресоциализации ГКУ ОСРЦН «Добрый дом » (г. Кострома) с родителями, страдающими алкогольной зависимостью

Привлечение средств Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, позволило апробировать практику лечения родителей, страдающих алкогольной зависимостью, как основной причины, определяющей фактор социального неблагополучия семьи. Предоставление указанной услуги обеспечит скорейшее социальное излечение семьи.

Между Ресурсным центром по сопровождению семей, нуждающихся в социальной реабилитации и ресоциализации и областной Никольской психиатрической больницей заключен договор на организацию лечения родителей. Специалисты Ресурсного центра взаимодействуют и с сотрудниками комплексных центров социального обслуживания населения во всех районах области, которые направляют заявки на лечение от алкогольной зависимости жителей.

В 2011 году полный курс лечения прошли 110 человек, из них при финансовой поддержке Фонда 60 человек. В 52 случаях лечение прошло эффективно, обстановка в семьях стабилизировалась, родители устроились

на работу. В 8 случаях у пролеченных произошёл срыв по причине глубокого заболевания. В 2012 году пролечено 24 гражданина, страдающего алкогольной зависимостью.

5. Арт-терапия в коррекции алкогольной зависимости (Из опыта работы педагога-психолога ГКУ ОСРЦН «Добрый дом » (г. Кострома)

Арт-терапия (изотерапия) – исцеление посредством искусства визуального ряда.

Это безопасный способ снятия напряжения. Она позволяет работать с мыслями, чувствами. Арт-терапия – процесс осознания себя и мира вокруг нас. В творчестве воплощаются чувства, надежды, страхи, конфликты. Творческие возможности, которые реализуются в процессе занятий – это интеллектуальное и эмоциональное развитие, осуществление прав на достойную жизнь в обществе, это возможность преодолеть болезни, травмы, химические виды зависимости.

Цели арт-терапии данных семей:

1. Помочь выплеснуть (выпустить пар) заблокированную энергию.
2. Преодолеть страх
3. Осознать себя, увидеть новые стратегии своего поведения
4. Расширить границы своего «Я»
5. Поверить в себя
6. Найти радости жизни

Для арт-терапии характерна триадичность (нетрадиционная модель для психотерапии):

- психолог, специалист
- творческий продукт
- клиент (ребенок, взрослый)

Преимущества арт-терапевтических методик

1. Не имеют ограничений (не зависимо от возраста, социального положения)
2. Техники дают возможность к безболезненному доступу к глубинному материалу, стимулируют проработку бессознательных переживаний
3. Развивается ассоциативно-образное мышление
4. Арт-терапия ресурсна, расширяет жизненный опыт, придает уверенность
5. Так как это средство преимущественно невербального общения, это делает ее ценной для тех, кто затрудняется с помощью речи описать свое состояние, переживания

6. Развивает скрытые творческие способности
7. Обнаружение личностных смыслов через творчество

Факторы воздействия в арт-терапии

1. Фактор художественной экспрессии
2. Фактор терапевтических отношений терапевт-клиент
3. Фактор обратной связи о процессе

Этапы арт-терапевтического процесса

1. Подготовительный – разъяснение содержания и особенностей арт-терапевтической работы
2. Начало изобразительной деятельности - формирование альянса терапевт-клиент, частота встреч, количество времени (1-2 часа)
3. Развитие терапевтических отношений - клиент не боится рисовать, активен
4. Завершающий - с чем уходит

Успех арт-терапевтического процесса на 40 % зависит от альянса терапевт-клиент, на 40% от желания клиента (выстроить диалог, чтобы заинтересовать клиента, что это будет полезно для него), 20% - выбор техник.

Для каждой определенной техники есть цель:

- сочетаться с запросом
- уместность техники в ранний момент

Структура сессий:

1. С чем пришел клиент – запрос
2. Процесс творческого самовыражения (продукт деятельности)
3. Терапевтическая работа – эмоции, чувства

Части терапии:

1. Тревога (ситуативная, глубинная)
2. Сопротивление
 - защищает клиента от чувств
 - мешает терапевтическому процессу
3. Агрессия – как защитная реакция (смех, нападение на терапевта)

Проявление агрессии, ее выведение через рисунок, следовательно ведет к снижению внутреннего напряжения

Техники (методы) арт-терапевтического воздействия

В арт-терапии существует множество техник, мы будем рассматривать согласно нашей темы техники, связанные с системой отношений, образа «Я», так как одновременно мы снимаем внутреннее напряжение и включаем механизм осознания себя.

Упражнение №1 «Автопортрет» или «Здравствуй, это я» - самопрезентация.

Цель – познакомить группу, показать каждому, как его видит группа и как он видит себя со стороны.

Инструкция: Нарисовать на листе А4 пастелью свой портрет, пейзаж, натюрморт.

Вопросы психолога: Что, какие эмоции вызывает презентация?

Если групповая работа, то какие эмоции вызывают рисунки членов группы (какие нравятся, какие нет, схожие с вашими). Что с тобой сейчас происходит.

Вначале и в конце сессии обозначено: - с чем пришли?

- с чем ушли? (состояние)

Техника «Желание»

Цель: Помогает сформулировать запрос, которого не было, сузить диапазон проблем.

Инструкция: Нарисовать на листе А5 с помощью акварели по очереди 4 желания прямо сейчас. На обратной стороне листа подписать ведущую эмоцию, которая была в процессе рисования.

Техника «Настроение прямо сейчас»

Цель: проведение меринга - как клиент себя чувствует, какие эмоции испытывает

Инструкция: на листе формата А4 нарисовать пастелью свое настроение прямо сейчас

Традиционные вопросы:

- Какую эмоцию вызывает рисунок?

- Как откликается телесно?

- Если группа, то спросить похожи отзывы членов группы на собственное настроение?

- Что ты хочешь получить сегодня?

Техника «Кто я?»

Цель: показать клиенту ту его часть, которую он на сегодняшний день отвергает или не принимает

Инструкция: На 3-х листах формата А5 с помощью гуаши нарисовать в 3-х ипостасях «кто я?».

Традиционные вопросы:

- Какие эмоции?

- Какой из рисунков нравится? Какой не нравится? (с ним и следует работать)

- Что говорит тебе рисунок?

Техника «Мое состояние прямо сейчас»

Цель: Углубиться в прочувствования, проследование своего состояния.

Инструкция: На листе формата А4 с помощью пастели изобразить свое состояние прямо сейчас

Отработка: Назвать рисунок, сформулировать запрос. Разбирать лист по диагонали с левого нижнего угла до верхнего правого.

Вопрос: - Как называется рисунок?

- Что произошло?

- Для чего это было нужно?

Ведение дневника самонаблюдений

Всем участникам арт-терапевтического процесса групповой или индивидуальной работы предлагается вести дневник, где фиксируются важные чувства, эмоции во время арт-терапевтических сессий.

Содержание дневника:

- что происходило в ходе сессии?

- что вы делали?

- что делали другие участники группы? (если групповая)

- какова ваша роль в ходе сессии?

- что вы чувствовали, совершая те или иные действия?

- какие различия между данной и предыдущей сессией?

- замечаете ли вы нечто повторяющееся в своих поступках и переживаниях других членов группы?

Литература

1. Гринченко В. И. Плюсы и минусы употребления алкоголя. – М.-Воткинск, 2000. – 255 с.
2. Кривоногов В. П., Трофимов О. И, Трезвость - наше оружие. - Абакан: ВДОБТ, 1989. - 53 с.
3. Лисицин Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм. - М.: Медицина, 1990. - 528 с.
4. Маюров А.М. Антиалкогольное воспитание. - М. :Просвещение, 1987. - 189 с.
5. Маюров А. Н. Некоторые факты из истории употребления алкоголя на Руси (в России). / Гринченко В. И. Плюсы и минусы употребления алкоголя. – М.-Воткинск, 2000, с. 193.
6. Маюров А. Н., Маюров Я.А. Исторический опыт антиалкогольного воспитания в России. / Россия: вчера, сегодня, завтра. Вып. 1-2. – М.-СПб.: Миф, 1998-1999, с. 120-126.
7. Маюров А. Н., Маюров Я.А. Роль семьи в антиалкогольном воспитании подростков. / Россия: вчера, сегодня, завтра. Вып. 1-2. – М.-СПб.: Миф, 1998-1999, с. 150-154.
8. Маюров А. Н. Наука и молодежное трезвенническое движение. / Здоровый образ жизни и трезвость – стратегия будущего республики Беларусь. Материалы Международной конференции 1-4 ноября 1997 года. – Минск, 1998. – с. 92-93.
9. Маюров А. Н. Трезвенническое воспитание: показатели. / XXI век – без наркотиков. Первая региональная научно-практическая конференция, г. Елец, 27 марта 2000 г. – Елец: ЕГПИ, 2000. – с. 62-65.
10. Народная борьба за трезвость в русской истории. – Л.: Библиот. АН СССР, 1989. – 48 с.
11. Основы собриологии, валеологии, социальной педагогики и алкологии. Тезисы докладов международного семинара. Вып. 8. / Под общей ред. проф. А. Н. Маюрова. – Н. Новгород-Шарлеруа: МАФР, 2000. – 89 с.
12. Основы социальной педагогики. Курс лекций. – Владимир: ВГПУ, 1995. – 280 с.