

ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ
В ПОДДЕРЖКУ СЕМЕЙНЫХ КЛУБОВ ТРЕЗВОСТИ

**СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ
С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ**

Коллективная монография

Под редакцией Г.И. Конейко



МОСКВА – 2020

УДК 616.89-008

ББК 56.14

С30

Коллективная монография издается при поддержке
Гранта Мэра Москвы в рамках проекта
«СОЗДАЙ СВОЮ ТЕРРИТОРИЮ ТРЕЗВОСТИ»

Редакционная коллегия:

Копейко Г.И. – кандидат медицинских наук;
Борисова О.А. – кандидат медицинских наук (общая редакция);
Бабурин А.Н. – старший научный сотрудник, протоиерей;
Солохина Т.А. – доктор медицинских наук (научная редакция);
Соборникова Е.А. – кандидат медицинских наук;
Казьмина О.Ю. – кандидат психологических наук;
Мошкова И.Н. – кандидат психологических наук;
Рязанова Т.Б. – кандидат психологических наук;
Гусев Г.В. – кандидат педагогических наук;
Магай А.И. – врач-психиатр (составление, обобщение, анализ);
Казьмина Е.А. – психолог;
Иконникова Е.Ю. – психолог;
Бердичевский А.А. – психолог;
Потапова Ю.А. – психолог;
Горячева А.А. – социальный педагог;
Устинов Н.В. – диакон

Рецензент:

Ениколопов С.Н. – кандидат психологических наук,
руководитель отдела медицинской психологии
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

С30

Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением : Коллективная монография / Под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина, Т.А. Солохиной, А.И. Магай. – Москва : МАКС Пресс, 2020. – 88 с.

ISBN 978-5-317-06481-5

В коллективной монографии представлены современные технологии психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами поведения вследствие психических заболеваний и наркологических расстройств и их родственников с учетом их религиозного мировоззрения.

Описаны концептуальные и организационно-методические основы программы семейной профилактики и школы психиатрической грамотности в рамках семейных клубов трезвости для больных с расстройствами поведения и их родственников при сотрудничестве профессиональных организаций, психиатрических учреждений и некоммерческих организаций.

Пособие предназначено для специалистов в области охраны психического здоровья, а также для представителей смежных специальностей, интересующихся вопросами психиатрии и наркологии, включая священнослужителей, учащихся и преподавателей духовных школ, волонтеров общественных организаций, членов семей, имеющих больных с расстройствами поведения вследствие психических и наркологических заболеваний.

УДК 616.89-008
ББК 56.14

ISBN 978-5-317-06481-5

© ФГБНУ НИЦПЗ, 2020
© МОД СКТ, 2020
© Коллектив авторов, 2020
© Оформление. ООО «МАКС Пресс», 2020

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1. РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ «СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ»	8
1.1. Концептуальные основы программы семейной профилактики расстройств поведения вследствие психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией и религиозным мировоззрением.....	10
1.2. Организационно-методические основы программы семейной профилактики расстройств поведения вследствие психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией.....	18
Глава 2. СОДЕРЖАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С СОЧЕТАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ.....	22
2.1. Терапевтический модуль.....	22
2.2. Конфессионально-ориентированный реабилитационный модуль.....	23
2.2.1. Базовые положения модуля.....	25
2.2.2. Принципы организации терапевтических групп (семейных клубов трезвости)	28
2.2.3. Задачи и описание терапевтических групп.....	29
2.2.4. Содержание конфессионально-ориентированного (религиозного) компонента реабилитации.....	31
Глава 3. МЕТОДИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ОЦЕНОЧНОМ БЛОКАХ ПРОГРАММЫ.....	33
3.1. Методика «Оценка выраженности антинаркотического потенциала».....	33
3.2. Методика «Оценка значимости религиозных копинг-стратегий»	34
3.3. Методика «Смысложизненные ориентации (СЖО)»	35

3.4. Методика «Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна (адаптированная версия)»	36
3.5. Методика «Шкала религиозности (адаптированный вариант)» ...	37
Глава 4. ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ «СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ КАК ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ НА БАЗЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА»	39
4.1. Актуальность, цели, задачи Школы	39
4.2. Содержание психообразовательных модулей Школы	41
Заключение.....	68
Приложения	69
Список литературы.....	85

ВВЕДЕНИЕ

В 2018 году до 40% мужского трудоспособного населения в России регулярно злоупотребляли спиртными напитками, а алкоголизмом страдали 1,3 млн человек. По данным Росстата, на конец 2018 года в России число лиц с наркоманией составило 250 тыс. человек, однако по отчетам ФСКН России в 2017 реально наркотики пробовали или употребляли время от времени около 18 млн россиян; 8 млн человек употребляли их постоянно. Если по данным официальной статистики количество больных алкоголизмом с 2010 по 2018 годы снизилось на 34% (с 2,09 млн до 1,3 млн), а также наметилась тенденция к снижению на 2–3% в год больных наркоманией, то количество зависимых от новых видов синтетических наркотиков и игр увеличивается. Страданиям в результате проблем зависимого поведения подвержены многие семьи, члены которых нуждаются в специализированной помощи, обращались в лечебно-профилактические медицинские учреждения или прибегали к помощи реабилитационных программ для наркозависимых.

Настороженность вызывает отягощенность больных алкоголизмом психическими расстройствами, значительный вес среди которых составляют эндогенные психические заболевания. Так, по данным Росстата около 3–6% населения России нуждаются в систематической психиатрической помощи, а в 10–70% случаев у психически больных наблюдаются сопутствующие наркологические расстройства.

Расстройства поведения вследствие психических заболеваний и наркологической патологии (злоупотребление психоактивными веществами и/или психоактивными действиями) способствуют криминальному образу жизни, лишают возможности трудиться, создать или сохранить имеющуюся семью, растить детей (Брюн А.Е., 2014). «Зависимость – семейная болезнь» (В.Д. Москаленко, 2008), а в основе социальных недугов общества лежат семейные корни (А. Карлсон, 2011).

Опыт ресоциализации психически больных, накопленный мировым сообществом за последние десятилетия, свидетельствует о ценности и эффективности комплексных видов помощи и поддержки лиц с психическими расстройствами. Этот вид помощи предусматривает просвещение больных в вопросах психического здоровья, обучение их бытовым,

профессиональным, социальным и иным навыкам и умениям, интеграцию этих лиц в сообщество, в социум. Как свидетельствует практика этой работы, наибольший эффект может быть достигнут лишь при объединении усилий медицинских, психиатрических, социальных и иных государственных структур, общественных объединений и конфессиональных организаций, а также самих пациентов и их близкого окружения.

Органами власти уделяется серьезное внимание проблеме нарушения психического здоровья, имеющей характер эпидемии и представляющей угрозу национальной безопасности. На помощь государству приходят общественные и конфессиональные учреждения. В 2014 году в Русской Православной Церкви принята Концепция по утверждению трезвости. Современные профилактические программы обязательным условием считают оказание помощи семье зависимого (Худолин В., 1997). В духовно-ориентированном подходе для помощи семье зависимого необходимо использование религиозных копинг-стратегий (к.м.н. Г.И. Копейко, 2019).

Однако в повседневной практике семейных профилактических программ крайне мало. Это связано с неосведомленностью специалистов (врачей, психологов, педагогов, священников) и населения с методами семейной профилактики, а также с недостаточным числом профессионалов в этой области, что не позволяет решить весь объем задач. Серьезную помощь оказывают социально-ориентированные некоммерческие организации (СО НКО), имеющие значительный волонтерский ресурс, однако многие СО НКО не используют семейный подход, а также не имеют адекватной системы подготовки волонтеров. Как следствие – низкое качество оказываемых услуг и недоверие жителей города к работе организаций. Переломить ситуацию к лучшему смогут СО НКО, имеющие качественную систему подготовки волонтеров на основе современных научных знаний, сотрудничающие с ведущими научно-исследовательскими и общественными организациями в области охраны психического здоровья, осуществляющие контроль и поддержку работы волонтеров, ведущих профилактические и реабилитационные группы.

Значительную помощь в налаживание системы подготовки волонтеров могут оказать СО НКО, осуществляющие деятельность в церковной среде. Благотворительный характер деятельности Церкви создает

возможность использования помещения, материально-технических средств на церковном приходе на безвозмездной основе.

Программа семейной профилактики расстройств поведения разработана и реализована совместными усилиями ФГБНУ НЦПЗ и Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости. Реализация программы в рамках практической деятельности осуществляется на базе медицинских, психиатрических, общественных и конфессиональных организаций Москвы и других регионов России при поддержке Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном специалисте-психиатре Минздрава РФ, региональной благотворительной организации «Семья и психическое здоровье». В 2019/2020 году реализация программы осуществлялась при поддержке Комитета общественных связей и молодежной политики Москвы и финансовой помощи Гранта Мэра Москвы в рамках социального проекта «Создай свою территорию трезвости».

Глава 1

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ «СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ»

Исполнители: ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости

Основными задачами программы семейной профилактики расстройств поведения для людей с религиозным мировоззрением «семейные клубы трезвости» является осуществление комплексной реабилитации больных с расстройствами поведения вследствие сочетанной патологии шизофренического, аффективного и наркологического регистров с учетом их религиозного мировоззрения. Мероприятия, осуществляемые в рамках программы, позволяют проводить своевременную диагностику и мониторинг психического состояния указанного контингента больных и осуществлять профилактику возможных рецидивов при сочетанной психической патологии. С целью постоянной профессиональной подготовки и повышения уровня знаний специалистов программы и представителей реабилитационного сообщества должна осуществляться образовательная деятельность, включающая в себя психообразовательные и психопросветительские мероприятия. Системность и преемственность в подготовке специалистов и волонтеров могут быть реализованы в результате работы Школы семейных клубов трезвости.

Целевые группы, которые принимают участие в программе: пациенты психиатрических и наркологических учреждений и их родственники – участники и пользователи семейной профилактической программы «Семейные клубы трезвости», руководители и волонтеры СО НКО, осуществляющих реабилитационные программы для людей с расстройствами поведения, медицинские работники и специалисты в области охраны психического здоровья, преподаватели и студенты ВУЗов и духовных школ, верующие и прихожане Русской Православной Церкви, обращающиеся за реабилитационной и профилактической помощью.

Для каждой из указанных целевых групп присущи свои особенности и направления работы в процессе получения необходимой помощи.

Пациенты, страдающие психическими и сочетанными наркологическими заболеваниями, и их родственники.

Активное участие пациентов и членов их семей (ближайшего окружения) в реабилитационных мероприятиях создает наиболее благоприятные условия для достижения терапевтических целей программы. В этом случае все члены семьи являются активными партнерами при оказании помощи наряду с профессионалами, что выгодно отличает семейные программы от других видов помощи, где зачастую встречается пассивность родственников в сложном процессе исцеления.

Медицинские работники с высшим и средним специальным образованием, психологи, социальные работники, специалисты по социальной работе.

Эффективность и компетентность программ психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения во многом определяется активным участием в терапевтическом процессе специалистов медицинского и смежных профилей, составляющих мультидисциплинарную команду специалистов, участвующих в осуществлении комплекса мероприятий. Преемственность работы достигается профессиональной подготовкой и овладением специалистами необходимыми знаниями и практическими навыками. Повышение квалификации медицинского и иного персонала психиатрических и других профилактических учреждений в области семейной профилактики расстройств поведения является приоритетной задачей в работе Школы семейных клубов трезвости.

Руководители и волонтеры социально-ориентированных общественных организаций и реабилитационных программ для людей с расстройствами поведения.

Волонтеры и участники общественных организаций по профилактике расстройств поведения имеют высокую мотивацию для работы, однако нуждаются в специальных знаниях и необходимости координации их деятельности.

Преподаватели и студенты ВУЗов и духовных школ.

В свете актуальности проблемы как преподаватели, так и учащиеся ВУЗов и духовных школ в высокой степени заинтересованы в ознакомлении с современными технологиями работы с людьми, зависимыми от употребления психоактивных веществ и действий, и членами их семей. Комплексная психообразовательная программа способна предоставить знания и навыки, которые могут быть транслированы в виде педагоги-

ческой технологии, а также реализованы уже в дальнейшей практической работе.

Верующие и прихожане Русской Православной Церкви, обращающиеся за реабилитационной и профилактической помощью.

Среди людей с религиозным мировоззрением в большом проценте случаев встречается запрос на участие в амбулаторных программах, обладающих низким порогом для вхождения в профилактическую и реабилитационную деятельность, а также не требующих обязательного обращения к специализированной медицинской помощи.

1.1. Концептуальные основы программы семейной профилактики расстройств поведения вследствие психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией и религиозным мировоззрением

В последнее время становится все более очевидным, что отдаленные результаты лечения психических заболеваний зависят не только от проводимой психофармакологической терапии, но также от реабилитации больных в период реконвалесценции и ремиссии. Если при выборе медикаментозных подходов главенствующими являются клиническая картина заболевания, синдромологическая оценка психического статуса, динамика продуктивной симптоматики, то в проведении реабилитационных мероприятий на первый план выступает тип течения заболевания, качество ремиссии, личностные особенности и мировоззрение больных, страдающих расстройствами поведения. Особенно сложным является реабилитация больных, имеющих расстройства поведения в результате психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией.

Описание больных эндогенными психическими заболеваниями с наркологической патологией в научной литературе можно встретить среди группы пациентов с «двойным диагнозом» или «микстрасстройствами» (Софронов А.Г., 2018). Среди больных с эндогенными психическими заболеваниями алкогольные расстройства встречаются по разным оценкам в 10%–25% случаев (Lieberman J.A., Bowers M.B., 1990). Согласно данным Шлеминой И.В. (2009) от 10 до 40% больных

шизофренией «обнаруживают пристрастие к алкоголю и наркотикам». Многие пациенты, имеющие выраженные психические расстройства на фоне установленного наркологического заболевания, находятся под диспансерным наблюдением врачей-наркологов с диагнозом хронического алкоголизма (Гофман А.Г., 1991).

Коморбидные ассоциированные двойные состояния – это психопатологические образования, наблюдаемые при хроническом психическом заболевании и одновременном употреблении психоактивных веществ (Бохан Н.А., 2009). К клинико-динамическим особенностям заболеваний с сочетанной патологией относятся полиморфизм клинической картины за счет сосуществования нарушений, относящихся к разным нозологическим единицам (Гуревич Г.Л., 2015), наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям (Семке В.Я., 2014), чередование в разные временные периоды признаков одного заболевания (Тульская Т.Ю., 2003), превалирование на протяжении длительных отрезков времени проявления одного заболевания, при минимальной выраженности симптоматики другого (Овсянников М.В., 2009), взаимовлияние заболеваний в сторону их утяжеления или смягчения (Шлемина И.В., 2009).

Злоупотребление наркотическими веществами на фоне эндогенного психического заболевания зачастую приводит больных к криминальному образу жизни и в большей степени, чем больных, страдающих только лишь эндогенными заболеваниями, лишает возможности трудиться, создать или сохранить имеющуюся семью, растить детей (Брюн А.Е., Савченко Л.М., 2013). Среди данного контингента больных высока смертность, заболеваемость инфекционными заболеваниями, отягощенность соматической патологией (Валентик Ю.В., 2000; Пятницкая И.Н., 2008). Кроме того, у больных эндогенными психическими заболеваниями с наркотической зависимостью выявляется большое число скрытых, стертых и атипичных форм психических и наркологических расстройств, а также имеет место патоморфоз «классических» картин течения как психических (Смулевич А.Б., 1997), так и наркологических (Чирко В.В., 2002) заболеваний.

Алкогольная зависимость у больных с аффективной эндогенной патологией по разным данным встречается от 7 до 67% (Cornelius J.R. et al, 1998, Ойфе И.А., 1990). Злоупотребление алкоголем может прекратиться при усилении эндогенной тревоги или при углублении эндогенной

депрессии (Шмуклер А.Б., 1999). При редукции аффективных нарушений и стабилизации состояния злоупотребление алкоголем может продолжаться (O'Sullivan et al., 1984). Периодически возникающая эндогенная депрессия в рамках маниакально-депрессивного психоза или циклотимии утяжеляет течение алкоголизма и создает дополнительные трудности в терапии (Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 2002). Характер проявления аффективных нарушений, требует адекватной, патогенетически направленной психофармакотерапии, включающей в себя назначение и подбор адекватных доз препаратов антидепрессантов, малых нейролептиков, анксиолитической и нормотимической терапии, а также медикаментозной коррекции сопутствующих наркологических проблем.

У больных с непрерывной малопрогрессирующей формой шизофрении алкогольные расстройства встречаются в среднем в 20% случаев (Гофман А.Г., 1998, Тульская Т.Ю., 2004). Среди клинических проявлений алкогольной зависимости у более чем двух третей больных отмечаются тягостно-дефензивные переживания, характеризующиеся довольно сложным, мучительным переживанием своей неполноценности (Бурно М.Е., Мухаметзянова Г.Р., 2009). В большинстве случаев обнаруживается раздраженное, тревожно-напряженное стремление пациента обрести цели и смыслы жизни посредством химического вещества. Даже при отсутствии выраженного шизофренического дефекта у больных с малопрогрессирующей формой шизофрении отмечается выраженная социальная дезадаптация (Кирпиченко А.А., 2008; Bizzarri et al., 2005). Для больных характерна высокая частота повторных госпитализаций, различных правонарушений, суицидальных попыток. В психофармакотерапии для таких больных используются некоторые препараты узкого спектра действия из класса нейролептиков и антидепрессантов (эглонил, хлорпротиксен, терален, пипразидол, протиаден и др.), а также невысокие дозы транквилизаторов и ноотропов (Смулевич А.Б., 2009).

У больных с приступообразно-прогрессирующей шизофренией встречаемость алкогольной зависимости составляет от 10% до 25% (Пивень Б.Н., 2003). У больных с шизофренией с зависимостью от алкоголя отмечается низкий уровень социальной адаптации, высокий риск суицида, высокая степень социальной опасности (Шустов Д.И., 2005). При этом отмечается низкая эффективность лечебных подходов, включая медикаментозную терапию и существующие формы помощи, низкое качество ремиссий, высокая частота обострений психических рас-

стройств (Гофман А.Г., 1981). Психофармакотерапия должна включать комплексное психофармакотерапевтическое лечение с назначением всего спектра психотропной терапии: нейролептиков, включая депонированные формы, антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков (Ерышев О.Ф., с соавт., 2011).

Помощь больным эндогенными психическими заболеваниями с наркотической зависимостью помимо медико-биологической терапии должна также включать психосоциальную и социотерапевтическую реабилитацию (Дудко Т.Р., 2003, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.Д., 2001; Сидоров П.И., 2006). Реабилитация психически больных основывается на принципе нестеснения и использует учение о социальной терапии (Guerido A., 1959, Grunblatt M., Simon B., 1959). Использование психообразовательных технологий в рамках терапевтического сообщества способствует созданию среды, в которой внутри сообщества реализуются функции материнской заботы и создаются условия для выработки навыка здоровой семейной жизни (Jones M., 1968, Bierer J., 1980).

Большое количество исследований подтверждают значимость семьи и использования семейного подхода при помощи больным с религиозным мировоззрением. На прошедшей в 2018 году международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных», организаторами которой были ФГБНУ НЦПЗ и Русская Православная Церковь митрополит Лискинский Сергей (Фомин) сказал, что «в современном мире общество и семья утрачивают связи с Богом и Церковью, что становится источником психического нездоровья». Для больных с коморбидной патологией семья является источником многогранных ресурсов, которые помогают им в решении трудных жизненных ситуаций, а терапевтической мишенью для психотерапевтической работы становится система, поддерживающая семейный гомеостаз (Hudolin V., 1994, Nastasic P., 2017). Для людей с религиозным мировоззрением понимание семьи как Малой Церкви побуждает к изменению системы межличностных отношений и изменению образа жизни на основе традиционных духовно-нравственных ценностей и лично-значимых смыслов (Мошкова И.Н., 2019).

В основе реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с наркотической зависимостью должны находиться единство психосоциальных и биологических методов воздействия, партнерство, а также доступность и открытость реабилитационных учреждений (Мос-

каленко В.Д., 2006). Важное значение имеет разносторонность усилий (мультидисциплинарный подход) и использование многообразных и персонализированных форм (моделей) реабилитационных мероприятий (Соборникова Е.А., 2013). Использование при проведении психосоциальной реабилитации как биологической терапии, так и психосоциотерапевтических мероприятий (тренинги социальных навыков, поведенческая, семейная, групповая психотерапия, арт-терапия, психообразовательные программы) снижает риск рецидивирования заболевания и уменьшает длительность госпитализации при его наступлении (Ястребов В.С., 2012, Казьмина О.Ю., 2015). В отличие от острого периода заболевания, во время которого поведение больных и восприятие ими действительности определяется продуктивной симптоматикой, в период реконвалесценции и ремиссии, когда проводится реабилитационная работа, поведение больных определяется их базисными личностными ценностями (Борисова О.А. и соавт., 2010). Для последующей выработки устойчивого антинаркотического потенциала личности в рамках континуального подхода в психотерапии необходимо уделять внимание формированию универсальных личностных статусов (Валентик Ю.В., 1995). Для коррекции «Я-патологического» решающее значение отводится прояснению характера взаимодействия личности со значимыми другими лицами.

Многообразие в подходах к реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с наркотической зависимостью создает трудности в выборе наиболее эффективной модели помощи. В связи с этим актуальным является поиск и внедрение в практику новых, персонализированных подходов при оказании помощи, которые, по мнению ряда исследователей, должны учитывать базовые личностные духовные ценности (Дмитриева Т.Б., 2004, Брюн Е.А., 2007). Особенную важность это положение приобретает у больных с религиозным мировоззрением, для которых одновременное использование комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках специально адаптированных конфессионально-ориентированных программ позволяет получить более глубокие и стойкие позитивные изменения (Иванец Н.Н., 2002). Эффективность реабилитации при использовании конфессионально-ориентированных программ помощи возрастает до 30–40%, что является результатом «протекторной» функции религиозного фактора в случае злоупотребления психоактивными веществами

(Брюн Е.А., 2007). Более успешными являются программы, созданные под эгидой традиционной для Российской Федерации Русской Православной Церкви (РПЦ) (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., 2004). В зарубежных научных исследованиях отмечается положительное влияние традиционной религиозной жизни на показатели общего психического здоровья, что выражается в лучшем качестве межличностных отношений, более низком уровне тревоги, более позитивном взгляде на жизнь в целом (Newberg, A., D'Aquili, E., 2002). Обратная корреляция насыщенности религиозной жизни и интенсивности злоупотребления психоактивными веществами отмечена и зарубежными исследователями (Chamberlain & Hall, 2000, Dein S. 2017). Общепринятые в религиозной общине модели поведения и особым образом настраиваемая социальная поддержка направлены на противодействие злоупотреблению психоактивных веществ. Особенности христианского вероучения также направлены на формирование трезвого образа жизни. Так, в послании апостола Павла говорится: «Дела эти известны; они суть: прелюбодеяние, блуд, нечистота, пьянство, бесчинство и тому подобное. Предваряю вас, как и прежде предварял, что поступающие так Царствия Божия не наследуют» (Гал. 5: 19–21).

Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами связаны с теорией «копинг-поведения», под которым понимаются специальные усилия, позволяющие справиться с возникшими трудностями способами, адекватными личностным особенностям и ситуации (Lazarus R.S., Folkman S., 1984). Смена поведенческого стереотипа, использование новых позитивных копинг-ресурсов, а также привлечение продуктивных стратегий совладания способны оказать благотворное влияние на копинг-поведение в целом (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2004). У людей с религиозным мировоззрением использование религиозных копинг-стратегий оказывается эффективным благодаря опоре на личностно-значимые духовные ценности (Копейко Г.И., с соавт., 2016). Различные религиозные копинг-стратегии благотворно влияют на изменение интерпретации ситуации, как поддающейся контролю, а также привносят новые модели адаптивного копинг-поведения (Hefti R., 2011, Pargament K. at al., 2000, Verhagen P. at al., 2012). Обращение к религиозному мировоззрению обладает способностью к трансформации ценностно-смысловых образований личности, возникает переориентация во взглядах человека, наблюдается иная на-

правленность в поступках (Dein S., 2005, Полишук Ю.И., Летникова З.В., 2017). Использование религиозных копинг-стратегий в рамках биопсихосоциодуховного (целостного) подхода в конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с сочетанной наркологической патологией приводит к коррекции отклоняющегося стиля поведения, изменению всего образа жизни больного, способствует нормализации отношений с его ближайшим окружением с учетом особенностей среды обитания (Бабурин А.Н., 2016).

Обретение смысла жизни, по мнению В. Франкла, играет важную роль в снижении количества психических заболеваний, а понимание больным фундаментальных мотиваций человека способствует обретению им ответа на главный вопрос своей жизни – ее экзистенциального смысла (Langle A., 2018).

В отечественной психотерапевтической науке широкие знания в области клинической психологии, включающие в себя и глубокое понимание логотерапии, а также опора на святоотеческое предание Русской Православной Церкви позволили Т.А. Флоренской сформулировать концепцию духовно-ориентированного диалога, ключевыми понятиями которого являются «доминанта на собеседнике» и «внезаходимость». Использование диалогического подхода в духовно-ориентированной терапии способствует установлению как горизонтального, так и вертикального измерения диалога, под которым понимается обращенность к Богу (Флоренская, 1996).

В организационном плане специалистами в области организации служб психического здоровья отмечается необходимость использования внебольничных амбулаторных форм помощи при устроении профилактических программ в области охраны психического здоровья, что подтверждается мировым опытом профилактической работы. Доступность такого вида помощи сочетается с возможностью преодоления феномена стигматизации, оказывающего неблагоприятное влияние на восстановление после возникающих рецидивов коморбидных заболеваний (Ястребов В.С., Лиманкин О.В., 2017). Методологически разработанные комплексные программы помощи могут осуществляться в сотрудничестве с общественными организациями, обладающими богатым волонтерским ресурсом и современными реабилитационными технологиями (Солохина Т.А., 2018). Сотрудничество общественных организаций и движений с меди-

цинскими учреждениями в рамках амбулаторных программ способно решать актуальные проблемы социальной интеграции психически больных с коморбидной патологией, дополняя программы психиатрической помощи населению (Шмилович А.Л., 2018).

В 2016–2018 году в ФГБНУ НЦПЗ на базе отделения особых форм психической патологии под руководством к.м.н. Г.И. Копейко и к.м.н. О.А. Борисовой была разработана технология конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психическим больными с алкогольной зависимостью, использующая семейный подход (Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И., 2019). Успешное внедрение технологии в рамках работы семейной профилактической программы для людей с расстройствами поведения в результате психических расстройств с сочетанной наркологической патологией проводилось в сотрудничестве с социально-ориентированной общественной организацией Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости (МОД СКТ). В комплексной программе, включающей в себя терапевтический и реабилитационный модули, используются принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия, добровольное участие в мультисемейной группе, работающей по типу терапевтического сообщества, разнообразные психообразовательные и просветительские методы, основывающиеся на психотерапевтическом и социотерапевтическом подходах, а также мультидисциплинарный подход с привлечением к работе команды специалистов, включающей врачей-психиатров, наркологов, психологов и социотерапевтов, а также священнослужителей.

В рамках реабилитационного модуля значительное место занимает конфессионально-ориентированный блок, предполагающий включение пациентов в жизнь религиозной православной общины на базе храмов Русской Православной Церкви. Изменение образа жизни больных сопровождается аксиосемантическими перестройками в личности больного, происходит настраивание механизмов социального и межличностного взаимодействия в рамках социальной сети. Участники реабилитационной программы принимают участие в различных индивидуальных и групповых мероприятиях, имеющих конфессиональную направленность (общая молитва, исповедь, причастие, посещение богослужений, совместный труд и отдых, паломнические поездки, спортивные праздники и культурные мероприятия, фестивали, участие в науч-

ных событиях, общение с представителями международного реабилитационного сообщества) под духовным руководством опытных священнослужителей, имеющих специальное образование в области психологии или психиатрии.

Эффективность программы была подтверждена научным исследованием, проводившимся в ФГБНУ НЦПЗ в 2016-2018 году. На выборке из 26 больных с установленными психиатрическими диагнозами (по МКБ-10 F20.04 – F20.05, F25.x, F21.3-21.4, F33.4, F31.7, F32.2) и наркологическими расстройствами (по МКБ-10 F10.2x1–F10.2x2) с использованием клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, клинико-динамического методов были проведены исследования по оценке позитивных и негативных психопатологических расстройств по шкале PANSS, исследование смысложизненных ориентаций (по Леонтьеву), а также тестирование по шкале самооценки Дембо-Рубинштейн и шкале религиозности О.Ю. Казьминой. В результате реабилитационных мероприятий определялось изменение аксиосемантических личностных особенностей, заключающееся в повышении уровня общей осмысленности жизни по шкале «смысложизненные ориентации», трансформации ценностно-смысловой структуры личности за счет увеличения значимости социо-духовных факторов. Отмечалось формирование более адекватной самооценки, в высказываниях пациенты более зрело относились к особенностям своего состояния. Также имело место изменение религиозного поведения, когда больные использовали более адаптивные религиозные копинг-стратегии, происходила гармонизация внутренней и внешней форм религиозности у пациентов.

1.2. Организационно-методические основы программы семейной профилактики расстройств поведения вследствие психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией

Сложная природа коморбидных заболеваний требует комплексного подхода в решении проблемы влияния различных факторов на течение заболевания (медицинского состояния, психологических особенностей, социальных отношений, духовного состояния). Доступные методы и

формы лечения и реабилитации должны учитывать эти особенности таким образом, чтобы можно было подобрать пациенту наиболее адекватное лечение.

Фармакологические подходы к терапии, являясь базовыми для пациентов с эндогенными заболеваниями, у больных с зависимостями рассматриваются как вспомогательные, а не основные формы. Помимо фармакологического лечения рекомендуется сочетать психотерапевтические и духовно-ориентированные методы в помощи данному контингенту больных. Важным условием является преемственность и непрерывность терапевтического процесса, где мишенями являются биологические, поведенческие, эмоциональные, психосоциальные, духовные аспекты.

Комплексное применение опыта конфессионально-ориентированной реабилитации больных психиатрического и наркологического профилей на базе исследований отделения особых форм психической патологии отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – академик РАМН, профессор А.С. Тиганов) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» позволило сформулировать следующие критерии успешности работы:

1) в оказании реабилитационной помощи важен индивидуальный подход, обеспеченный содружественной работой мультидисциплинарной командой специалистов: необходимо сотрудничество психиатра и врача-нарколога с клиническим психологом, священником, специалистом по социальной работе;

2) восстановление социального статуса, сопряженного с возвращением профессионального и семейного благополучия, достигается благодаря участию пациента и членов его семьи в работе терапевтического сообщества во внестационарных или амбулаторных условиях;

3) неотъемлемой частью реабилитации является добровольное вовлечение пациентов и членов их семей в религиозную православную общину, с присущими жизни в такой общине церковными таинствами, участием в богослужениях, беседами со священником на духовные вопросы, разъяснением основ православной аскетики;

4) в процессе реабилитации благодаря механизмам группового общения, даже в случае отсутствия всех членов семьи пациента, необходимо стремиться к актуализации семейного типа общения и установлению социальной поддержки в условиях сложившейся социальной сети;

5) помимо амбулаторной групповой работы используется широкий набор социо-реабилитационных мероприятий, таких как паломничество, спортивные и творческие события, выездные лагеря и встречи участников реабилитации в рамках фестивалей и форумов.

Продолжением начавшегося реабилитационного процесса является участие больного в работе терапевтических сообществ (ТС), функционирующих в структуре общественной организации. Преемственность лечебного процесса и реабилитационных мероприятий обеспечивается участием сотрудников отделения в подготовке и контроле за работой волонтеров, осуществляющих свою деятельность в рамках ТС. Тесное взаимодействие сотрудников НЦПЗ и специалистов МОД СКТ является необходимым условием качественного психообразовательного процесса во время подготовки волонтеров. Психообразовательные программы разработаны на базе научно-обоснованных технологий и учитывают многолетний опыт работы реабилитационных программ для психически больных на базе крупнейшего научно-исследовательского клинического центра России. Необходимыми элементами в подготовке волонтеров является разъяснение важности принципов, используемых на современном уровне реабилитации – осуществление необходимой поддержки со стороны семьи, врачей и мультидисциплинарной команды специалистов в случае возникновения трудностей или обострений заболевания, обучение стратегиям управления проблемным поведением вследствие психических расстройств и особенностей личностного уклада пациента, особое внимание обращается на необходимость использования психотерапии в помощи больным, а также осуществления психообразования пациентов и их близких.

Значительное место в комплексной программе помощи отводится духовно-ориентированным методикам, реализуемым уже в начале обращения пациента за помощью. В действующем с 1992 года на территории НЦПЗ больничном храме во имя иконы Божией Матери «Целительница» осуществляются регулярные богослужения, во время которых пациенты клиники могут участвовать в таинствах исповеди и причастия. С больными клиники, желающими получить духовную поддержку, проводятся индивидуальные беседы с больничным священником. Во время ежемесячных групповых занятий разбираются актуальные вопросы церковной жизни, проводятся беседы, посвященные церковным праздникам. В ряде случаев больничными священниками

осуществляется пастырское окормление больных после окончания лечения в Центре, однако в ряде случаев духовное руководство больными продолжается уже в структуре общественно-ориентированной части реабилитационной программы на базе светских организаций и церковных приходов.

Успешным инструментом, позволяющим обеспечить преемственность реабилитационного процесса с институциональным звеном, является создание на православном приходе ТС из больных, имеющих коморбидную патологию. Особенно важным является участие священника в деятельности подобного ТС, который, являясь штатным священником прихода, также выступает духовником сообщества и помогает в решении актуальных духовных потребностей его участников. Практический опыт церковной жизни, заинтересованное отношение священнослужителя к жизни подопечных сообщества, а также необходимые знания в области психиатрии, приобретаемые священником в процессе подготовки к церковному служению, создают необходимые условия для плодотворной и эффективной помощи больным в структуре общественно-ориентированной части реабилитационной деятельности.

Мультидисциплинарный принцип, лежащий в основе работы программы, предполагает сотрудничество команды специалистов на каждом уровне работы. В терапевтическом сообществе профессиональную курацию осуществляет клинический психолог, врач-психиатр или волонтер, прошедший специальную подготовку в рамках реабилитационной программы, который взаимодействует с духовником общины, а также с врачами-психиатрами в психиатрическом учреждении для достижения успешного и стабильного функционирования сообщества. Специалист является руководителем, или координатором, который помогает в налаживании связей сообщества с церковным приходом и другими организациями, включая психиатрический клинический центр. Координатор организует внутреннюю жизнь сообщества, напоминает его участникам о необходимости соблюдать внутренние правила группы, взаимодействовать с духовником и церковным приходом, обращаться за помощью к медицинским специалистам в случае необходимости. Содружественная работа команды, состоящей из священника, руководителя терапевтического сообщества, врача-специалиста в психиатрическом учреждении, куда больной обращается в случае необходимости, обеспечивает успешность реабилитационной программы, осуществляемой общественной организацией на церковном приходе.

Глава 2

СОДЕРЖАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С СОЧЕТАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ

2.1. Терапевтический модуль

В рамках *терапевтического модуля* больные, находящиеся на амбулаторно-консультативном наблюдении врачей-психиатров, получают **поддерживающее лечение психофармакологическими средствами**. В случае возникновения изменений в психическом состоянии больных, требующих оказания стационарной помощи, больные направляются на лечение в лечебные учреждения психиатрического или наркологического профиля, с дальнейшим амбулаторным наблюдением у специалистов, принимающих участие в осуществлении мероприятий в рамках технологии.

В соответствии со «Стандартами специализированной медицинской помощи больным шизофренией» (Дмитриева Т.Б., 2009) *больным приступообразно-прогредиентной шизофренией с алкогольной зависимостью проводится терапия нейролептиками. Предпочтительным является использование депонированных форм с заменой типичных антипсихотиков атипичными, проводится лечение антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)*.

В соответствии со «Стандартом специализированной медицинской помощи больным шизофренией в ремиссии в амбулаторных условиях» *у больных с малопрогредиентной шизофренией поддерживающее психофармакологическое лечение осуществляется атипичными нейролептиками*, предпочтительно применение антидепрессантов из группы СИОЗС.

Как у больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией, так и у больных с малопрогредиентной шизофренией при нестабильно-

сти ремиссии, высоком риске обострения и в случае возможного отказа пациентов от таблетированных форм препаратов, предпочтительно назначение пролонгированных форм антипсихотиков в сочетании с психокоррекцией, а также с обязательным назначением корректоров побочных эффектов нейролептиков.

В соответствии со «Стандартом первичной медико-санитарной помощи *при депрессиях легкой и средней степени и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях* (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1219н) в условиях поликлинического отдела» у больных эндогенной аффективной патологией используются антидепрессанты группы СИОЗС и СИОЗСН с сочетанным применением небольших доз «малых» или атипичных нейролептиков в дозах, не достигающих общетерапевтических.

На всех этапах проведения психофармакотерапии помимо антипсихотиков и антидепрессантов также рекомендуется использование психотропных средства других классов. Для коррекции тревожных расстройств назначаются короткие (до 3-х недель) курсы транквилизаторов и/или противосудорожных средств, для профилактики инверсии аффекта – нормотимические препараты.

2.2. Конфессионально-ориентированный реабилитационный модуль

Реабилитационный модуль – это амбулаторная психотерапевтическая реабилитационная программа помощи больным эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью, построенная на принципах реабилитации в рамках системного семейного подхода с учетом духовного компонента и религиозного мировоззрения пациентов и членов их семей.

Реабилитационный модуль основывается на базе традиционных ценностей Русской Православной Церкви и использует современный опыт в семейной амбулаторной реабилитации больных с сочетанной психиатрической и наркологической патологией (V. Hudolin, 2016). В реабилитационной работе используется адаптированный к амбулаторным условиям метод ТС. Совладание с расстройствами поведения в

результате злоупотребления психоактивными веществами основывается на подходах, используемых в континуальной психотерапии (Ю.В. Валентик) и в методе формирования личностной саморегуляции (Е.А. Собрникова), методология группового психотерапевтического взаимодействия включает в себя техники духовно-ориентированного диалога (Т.А. Флоренская). Реабилитационные подходы, описанные в технологии, представлены религиозными копинг-стратегиями, опирающимися на религиозное мировоззрение, традиционные семейные ценности в их христианском понимании, включают в себя проблемно-ориентированную эмоциональную поддержку и принятие больных с эндогенными психическими заболеваниями с аддиктивными расстройствами.

Конфессионально-ориентированный модуль программы направлен на поддержание усилий пациента и его ближайшего окружения (семьи в широком смысле слова) на пути к трезвому образу жизни на основе базовых духовно-нравственных ценностей православного мировоззрения.

Целевая группа: пациенты с эндогенными психическими заболеваниями, страдающие зависимыми формами поведения, а также члены их семей и ближайшее окружение.

Длительность реализации программы: реабилитационный модуль программы реализуется на протяжении двух лет (24 месяца).

В ходе участия в реабилитационном модуле больные выбирают различные уровни вовлеченности в деятельность программы. На начальном уровне больные на протяжении одного года принимают участие в занятиях реабилитационных групп. На расширенном уровне программы, начиная со второго года участия в программе, больные и их родственники активно участвуют в различных мероприятиях в рамках реабилитационного модуля.

Форма работы: амбулаторная, встречи в рамках терапевтического сообщества (семейного клуба трезвости) проходят один раз в неделю на протяжении 2 часов. Ресурсным центром программы может стать амбулаторное отделение психиатрического стационара или реабилитационное отделение психоневрологического диспансера, где получают помощь пациенты из целевой группы. Также работа может быть выстроена на базе помещений общественных организаций и конфессиональных учреждений под контролем специалистов медицинского учреждения.

В основе программы конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с наркотической зависимостью положены принципы: доступности помощи; добровольности; соборности (понимается как духовная общность самобытных индивидуальностей); уважения к личности; принцип свободы и ответственности; самопомощь; взаимопомощь; отношение к зависимости как к проблеме, имеющей биологические, психологические, социальные и духовные аспекты; понимание преодоления зависимости как пути к личной свободе через оздоровление (развитие) на 4 уровнях: духовном, социальном, психологическом, биологическом; многосемейственность; использование конфессионально-ориентированных мероприятий в рамках православного религиозного мировоззрения; вера в возможности оздоровления отдельной личности, семьи и ситуации в целом; индивидуализированный (персонифицированный) подход к каждому участнику программы и к каждой семье; постоянное взаимодействие со специалистами психиатрического и наркологического профиля, сотрудничество с государственными, общественными структурами, Русской Православной Церковью, отечественными и зарубежными движениями в области охраны психического здоровья и поддержки здорового образа жизни и трезвости; использование научных достижений и накопленного практического опыта.

2.2.1. Базовые положения модуля

Базовыми положениями программы, которые используются в работе терапевтических групп семейных клубов трезвости и оказывают влияние на антинаркотический потенциал личности, являются:

1. использование комплексной четырехчастной модели (биопсихосоциодуховной), согласно которой изменения личности, возникающие в процессе прогрессирования расстройств поведения в результате сочетанной психических заболеваний и наркологических расстройств, во многом обратимы, течение заболеваний может иметь благоприятный прогноз в результате формирования устойчивой и длительной ремиссии;

2. вовлеченность в реабилитационный процесс всех личностных уровней и дружелюбность в работе мультидисциплинарной команды специалистов обеспечивает наиболее полный и эффективный терапевтический эффект, где сочетается медикаментозная, психосоциаль-

ная, социотерапевтическая и конфессионально-ориентированная виды помощи;

3. достижение ремиссии является результатом добровольного сотрудничества специалистов, пациента и членов его семьи на пути осознанного изменения всего личностного уклада и, как следствие, образа жизни человека;

4. необходимая и достаточная по продолжительности психофармакокоррекция сочетается с психотерапевтическими интервенциями и конфессионально-ориентированными практиками – утверждение в трезвости страдающего аддиктивными расстройствами является результатом разотождествления его нормативной и патологической частей личности и формирования здоровых личностных ориентаций с опорой на традиционные ценности и смыслы;

5. опыт комплексной реабилитации достигается в условиях функционирования терапевтического сообщества в структуре некоммерческой организации при непосредственной научной и методической поддержке профильных государственных медицинских учреждений.

Влияние религиозного мировоззрения на реабилитационный процесс может рассматриваться с позиций религиозных копинг-стратегий:

1) Религиозная вера способствует обретению смысла и цели в жизни, что особенно проявляется в переживаниях болезни, страданий и смерти. В этом случае религиозная вера способствует укреплению личности и повышает способность переносить тяжелые жизненные испытания.

2) Религиозный опыт положительно влияет на чувство контроля над ситуацией. Человек, испытывающий жизненные сложности и утрачивающий способность контролировать ситуацию, обращается к Богу, который способен позаботиться о человеке в любом случае. В случае хронической болезни ощущение заботы является крайне необходимым и оказывает благотворное влияние на выздоровление или облегчение страданий.

3) Люди с религиозными переживаниями испытывают чувство благополучия, которое является следствием испытываемых верующим человеком положительных эмоций, таких как радость и чувство благодарности. В то же время религиозное мировоззрение помогает справиться с негативными чувствами, такими как гнев, а также развивает умение прощать обиды.

4) Религиозная организация формирует в человеке чувства родства и связанности общими ценностями и смыслами. Благодаря тому, что члены религиозной организации ощущают себя единомышленниками, происходит развитие отношений в сообществе, образуются тесные взаимосвязи среди участников общины. Религиозная сообщество становится источником дополнительных ресурсов для нуждающихся в помощи.

5) Религиозное мировоззрение обладает способностью к трансформации ценностно-смысловых образований личности, благодаря чему происходит переориентация во взглядах и обретается иная направленность в поступках человека.

В процессе осуществления программы происходит изменение жизненного стиля больных на основе религиозного мировоззрения, социальная поддержка как самих больных, так и их родственников, обучение членов семей новому репертуару социальных навыков, а также освоение нового опыта семейного взаимодействия в связи с психическим заболеванием одного из ее членов. Осуществляется предоставление дополнительных возможностей в кризисных ситуациях.

Сформированная на основе нормативных установок, позитивных целей и религиозных смыслов и ценностей личностная саморегуляция поведения является надежным и естественным для человека способом жизни, сохранения трезвости как личной свободы для самоактуализации и воплощения жизненных планов.

Важной частью участия в программе реабилитации является посещение групповых занятий в рамках терапевтических встреч, а также активная позиция, направленная на прекращение употребления алкогольных напитков. Ограничениями для участия в программе в этом случае являются противопоказания для групповой работы, а также несоблюдения условий занятий и встреч в группе.

Противопоказаниями являются: отсутствие добровольного согласия на участие в работе терапевтической группы; состояние интоксикации (опьянения); выраженное состояние абстиненции (похмелье); тяжелые соматические (телесные) заболевания, не позволяющие принимать участие в мероприятиях программы; выраженная декомпенсация психических расстройств (наличие галлюцинаторных и бредовых расстройств), делающих пациента агрессивным и конфликтным.

Важным условием участия в программе является полный отказ от спиртного не только лиц, зависимых от алкоголя, но и членов их семей.

2.2.2. Принципы организации терапевтических групп (семейных клубов трезвости)

Основным инструментом в реализации реабилитационной технологии является терапевтическая группа (СКТ), осуществляющий свою работу на принципах терапевтического сообщества.

Структура встречи состоит из трех частей: общей части, включающей приветствие, обмен актуальным состоянием, обсуждение общей информации о событиях в группе за прошедшую неделю. После этого выявляется круг значимых на «сегодняшний день» проблем участников группы, происходит их ранжирование по степени важности для участников, и группа начинает работать с проблемой в режиме диалога. Во второй части возможно использование апробированных психотерапевтических технологий для работы с проблемным поведением, например, тренинг социальных навыков, арт-терапевтические формы работы. Основным инструментом в установлении терапевтического взаимодействия является использование диалогического собеседования по методу Т.А. Флоренской.

Если говорить в терминах автора, то достигая *«равновесия доминанты на собеседнике и внаходимости»*, участники клубов оказываются способны продуктивно делиться собственным положительным опытом трезвой жизни, добываясь позитивного контакта с другими участниками, что способствует изменению образа жизни членов семьи, или семейного стиля поведения. В конце встречи происходит обсуждение актуального состояния, участниками группы дается обратная связь. Работа терапевтической группы требует от бригады специалистов постоянного взаимодействия друг с другом для обсуждения актуальных вопросов в изменении состояния больных. В амбулаторной группе важное значение имеет установление контакта с психологами, психотерапевтами, а также социальными работниками, осуществляющими контроль за состоянием здоровья и помощь в решении бытовых проблем участников программы. Так как больные участвуют в религиозной жизни церковного прихода, в связи с этим имеет значение поддержание

эффективного взаимодействия со священником, принимающим участие в работе с пациентами реабилитационного модуля.

2.2.3. Задачи и описание терапевтических групп (семейных клубов трезвости)

ТГ для больных с эндогенными психическими заболеваниями и сочетанной наркологической патологией (СКТ) помимо профилактики аддиктивного поведения должны способствовать решению следующих задач: систематическое наблюдение за психическим состоянием больного; мотивация к приёму медикаментов, следование плану лечения, повышение комплаенса к проводимому медикаментозному лечению. В этом отношении основной принцип работы терапевтической группы в части мотивации пациента к лечению – это поиск проблем, которые он сам может увидеть. Так, если пациент отрицает у себя наличие психического расстройств и на этом основании считает, что ему не нужно принимать лекарства, то стоит найти те проблемы, которые он признает: плохой сон, раздражительность, трудности в общении, которые ему мешают и т.п. Если пациент видит, что психофармакотерапия помогает в решении его индивидуальных проблем, то наблюдается повышение уровня сотрудничества врача и больного в плане проводимого медикаментозного лечения. Также большое значение имеет создание микросоциума, члены которого поддерживают друг друга. Испытывая трудности в общении, пациенты, страдающие шизофренией, получают возможность приобретения новых социальных контактов. Как показывает практика, многие участники продолжают общение и за пределами группы, находя общие интересы и темы для общения.

Ведущий терапевтической группы. Ведущим группы является врач-психиатр, прошедший специальную подготовку и знающий основные принципы работы в рамках технологии конфессионально-ориентированной помощи эндогенным психическим больным с алкогольной зависимостью. Количество участников встреч не должно превышать двенадцати семей (включаются больные с эндогенным психическим заболеванием с алкогольной зависимостью, а также члены семьи или ближайшего социального окружения).

Описание встреч ТГ (СКТ). *Примерная структура встречи:* общая молитва («Отче наш, «Царю небесный»); обсуждение организаци-

онных вопросов; заполнение регистрационной документации; процедура приветствия (знакомство, напоминание правил); разминка для создания атмосферы сплоченности, дружелюбия, безопасности; беседы на актуальные темы, может говорить любой из участников, ведущий ТГ делится собственным опытом и знаниями; обратная связь (каждый из участников высказывается по кругу); заключительная молитва («Достойно есть», «Благодарственная»).

Во время каждой встречи все семьи добровольно, в произвольной форме, излагают события прошедшей недели и предлагают тему для обсуждения в группе (СКТ). По всем обсуждаемым проблемам участники группы могут свободно высказываться. Ведущий группы (СКТ) следит за тем, чтобы участники встречи воздерживались от навязывания своего мнения окружающим и не делали оценочных суждений. Эти условия должен соблюдать и ведущий клуба, являющийся также его членом.

Темы, рекомендуемые к обсуждению на встречах в группе (СКТ): «Пути совладания с зависимостью», «Опыт совладания с зависимостью», «Опыт трезвеннической жизни», «Ресурс семьи в помощи зависимому человеку», «Явление созависимости», «Опыт преодоления созависимости», «Оздоровление семейных отношений», «Обсуждение экзистенциальных вопросов».

Контроль за воздержанием от употребления наркотических веществ. Осуществляется самим участником программы, а также его ближайшим окружением. Каждый раз на встречах группы (СКТ) участник программы отмечает в листке регистрации срок воздержания от употребления наркотических веществ. С целью предотвращения «срыва» члены группы организуют активный патронаж неблагополучных семей, стараясь помочь им в разрешении проблем. Если «срыв» все же произошел, то вся деятельность терапевтической группы направляется на создание условий, способствующих выходу данной семьи из кризиса. Каждый подобный случай является основанием для консультации с врачами для выяснения причин и устранения возможных оснований для повторного рецидива.

В случае если участник программы на протяжении длительного времени не предпринимает попыток к прекращению употребления наркотических веществ, или эти попытки носят лишь формальный (демонстративный) характер, ему может быть предложено прекратить участие в программе после консультации с врачами.

2.2.4. Содержание конфессионально-ориентированного (религиозного) компонента реабилитации

Конфессионально-ориентированный (религиозный) компонент реабилитации составляют индивидуальные и групповые занятия, а также религиозные богослужения и общение в религиозной общине (Копейко Г.И. с соавт., 2017). Духовная курация участников программы осуществляется священниками Русской Православной Церкви, которые являются участниками реабилитационной программы. Во время осуществления церковных таинств (исповедь) или во время индивидуальной беседы со священником участники программы могут решать свои духовные вопросы, получать ответы на интересующие их вопросы. Во время богослужения больные принимают участие в таинствах исповеди и причастия, оказывают посильную помощь в проведении богослужения (поют на клиросе, помогают в уборке храма, осуществляют подготовку храма к богослужению). Во вне-богослужебное время священники, участвующие в программе, проводят с участниками программы индивидуальные беседы на интересующие их духовные вопросы, помогают в разрешении сложившихся затруднений.

Помимо занятий в терапевтических группах (СКТ) участники реабилитационного модуля программы могут посещать Евангельские беседы при храме, а также принимать участие в приходской жизни. Таким образом, реабилитационный модуль технологии, организованный в виде терапевтической группы (СКТ) по принципам религиозной общины, выполняет задачи специализированной группы, помогающей своим участникам установить эффективное взаимодействие с институтом Русской Православной Церкви, а также обрести традиционные духовные ценности и смыслы, разрешить вопросы в духовной жизни.

Общение на духовные темы во время занятий в семейных клубах трезвости без обсуждения догматических вопросов Веры также создает благоприятные условия для духовного роста и личностного созревания участников реабилитационной программы.

Важной духовной составляющей частью программы является принятие участниками технологии обетов трезвости, заключающихся в обещании Богу воздерживаться от употребления алкогольных напитков на различные сроки (от нескольких месяцев до периода на всю жизнь). Обетная практика свидетельствует о значительном вкладе религиозного

аспекта в профилактику рецидивов и стойкого изменения ценностно-смысловых образований личности.

Значительное место в структуре реабилитационной деятельности занимает паломничество. Ориентация реабилитационной деятельности на паломнические поездки обусловлена тем, что участники программы естественно мотивированы на этот вид деятельности, так как она является проявлением полноценной религиозной жизни, по их представлению, кроме того, больные ожидают от поклонения святыням благодатной помощи в преодолении болезни. Кроме этого, организация участия в паломнических поездках предполагает активную, но посильную включенность пациентов в этот вид деятельности, способствует естественному развитию социальных навыков, активации когнитивных резервов, закреплению навыков конструктивного межличностного взаимодействия, совладания со стрессовыми ситуациями, укреплению целостности внутреннего мира больных. Реабилитационные поездки паломнической направленности осуществляются как в виде 1–2-дневных поездок в места, удаленные от Москвы не более чем на 300–400 км, так и длительных, дальних, многодневных поездок

Важное место в реабилитационной деятельности занимает выездной реабилитационно-паломнический лагерь на базе монастыря или церковного прихода. Значимым фактором пребывания в этом лагере для больных является близость монастыря или прихода с почитаемыми святынями и сложившимся укладом религиозной жизни.

Социотерапевтические компоненты программы. Помимо групповых занятий в ТГ (СКТ) используются следующие реабилитационные технологии: работа киноклуба, просмотр спектаклей, туристические путешествия, спортивные мероприятия, самодеятельный театр, концерты участников, психообразовательные школы и семинары.

Для оценки эффективности реабилитации больному предлагается заполнить психодиагностические опросники. Динамический анализ результатов заполнения оценочных шкал позволяет судить о количественных и качественных изменениях в показателях антинаркотического потенциала, а также особенностях религиозного мировоззрения больных. Изменение показателей имеет важное значение для понимания результативности разнообразных подходов, реализуемых в рамках профессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью.

Глава 3**МЕТОДИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ОЦЕНОЧНОМ
БЛОКАХ ПРОГРАММЫ****3.1. Методика «Оценка выраженности
антинаркотического потенциала»
(Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И., 2016)**

Оценка выраженности антинаркотического потенциала может проводиться на различных этапах реабилитационного процесса. Проведение реабилитационных мероприятий способствует изменению вклада различных факторов на мотивацию прекращения употребления алкоголя. Об эффективности реабилитации свидетельствует преобладание социо-духовных факторов, как имеющих большую значимость для личности.

Испытуемым предлагается оценить собственную мотивацию к прекращению алкоголизации по следующим критериям: «желание улучшить общее состояние здоровья, повысить работоспособность», «совладание с конфликтными ситуациями по месту работы и/ или в семье», «осознание болезни и необходимость лечения для улучшения качества жизни», «ценность трезвого образа жизни как «духовной свободы от зависимости» и условие духовного роста». Образец бланка с инструкцией содержится в Приложении 1. Предварительно больному объясняется инструкция заполнения бланка.

Интерпретация результатов опросника позволяет выявить существенную динамику во вкладе различных факторов, которые оказывают влияние на формирование антинаркотического потенциала. Так, в начале исследования как правило большее количество больных говорит о «желании улучшить общее состояние здоровья и повысить работоспособность» как основной причине трезвости, в то же время у больных отсутствует понимание трезвого образа жизни как состояния, связанного с духовной свободой от зависимости, и условия духовного роста. Со временем наблюдается инверсия во влиянии факторов.

3.2. Методика «Оценка значимости религиозных копинг-стратегий» **(Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И., 2016)**

Для оценки особенностей религиозного мировоззрения рекомендуется проводить исследование религиозных копинг-стратегий, к которым прибегают больные на различных этапах реабилитационного процесса. Под религиозными копинг-стратегиями понимаются способы совладания с трудными жизненными ситуациями, в которых используются религиозные верования и практики.

Испытуемым предлагается оценить используемые религиозные копинг-стратегии по следующим критериям: «религиозная вера способствует обретению смысла и цели в жизни», «религиозный опыт положительно влияет на чувство контроля над ситуацией», «религиозные переживания помогают испытывать положительные эмоции (чувство благополучия, радость и чувство благодарности)», «религиозная община помогает обрести чувство родства и связанности общими ценностями и смыслами», «религиозное мировоззрение способствует трансформации личностных ценностей и смыслов». Образец бланка с инструкцией содержится в Приложении 2. Предварительно больному объясняется инструкция заполнения бланка.

Анализ полученных данных позволил определить, какие религиозные копинг-стратегии оказывают влияние на поведение больного и как эти факторы изменяется со временем. В общей группе больных участие в реабилитационном модуле способствовало увеличению количества больных, которые прибегают к использованию религиозных копинг-стратегий. По мере участия в реабилитационном модуле расширялся репертуар религиозных копингов, к которым прибегают пациенты и усложняются типы религиозных копингов от более психологически понятных (улучшение регуляции эмоционального состояния, контроль за своим состоянием) до имеющих глубинное значение на личность пациента (трансформация ценностных и смысловых образований, общность смыслов и ценностей в религиозной группе).

3.3. Методика «Смысложизненные ориентации Д.А. Леонтьева, 1992 (адаптированная версия теста PIL, Purpose-in-Life Test)»

С целью прояснения ценностно-смысловых представлений больного рекомендуется проводить исследование смысложизненных ориентаций. Смысложизненные ориентации являются частью ценностно-смысловых ориентаций и определяют то, что для личности является главным в жизни. Со смысложизненными ориентациями связаны представления личности о возможности управлять собственной жизнью, получать удовлетворение от осуществляемой деятельности, возможность переносить испытания, в том числе и болезни.

Анализ смысложизненных ориентаций помогает в оценке качества жизни личности, а также позволяет оценить изменения, которые претерпевает личность в результате проводимых реабилитационных мероприятий.

Испытуемым предлагается оценить смысложизненные ориентации по следующим параметрам: «цели в жизни», «процесс жизни», «результат жизни», «локус контроля-Я», «локус контроля-жизнь». Образец бланка с инструкцией содержится в Приложении 3. Предварительно больному объясняется инструкция заполнения бланка.

Данные, полученные в исследовании, продемонстрировали, что структура жизненных смыслов больных основной и контрольной групп на инициальном этапе исследования в целом показала средний уровень осмысленности жизни по показателям «цели в жизни», «результат жизни», «локус контроля-Я». Отклонение от средненормативных показателей в сторону снижения по значениям «процесс жизни» и «локус контроля-жизнь» свидетельствовали о некоторой неудовлетворенности пациентов своей жизнью, отсутствием стабильного ощущения полноты и интереса к жизни. Наблюдалась недостаточность убежденности в том, что человек способен контролировать свою жизнь, свободно принимать решения, что, возможно, связано с тем, что больные придают большое значение контролю жизни со стороны Бога, как Божественное предопределение.

У больных, прошедших реабилитацию, спустя 24 месяца после ее начала наблюдалась коррекция показателей по значениям «процесс

жизни» и «локус контроля-жизнь» до средненормативных, что связано с повышением качества жизни и обретением способности к свободному ощущению своей личности в более гармоничных отношениях с Богом, возможным преодолением феномена «Божественного предопределения» в результате проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

3.4. Методика «Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна (адаптированная версия, Казьмина Е.А., 2016)»

Методика позволяет фиксировать изменение критического отношения к состоянию больного с помощью шкалы, на основании которой оцениваются такие параметры, как «Характер», «Ум», «Здоровье», «Счастье», «Трезвость», «Религиозность». Адаптация шкалы оценки к условиям исследования состоит в возможности динамического анализа результатов на основании сравнения результатов субъективной оценки больным и объективной оценки состояния больного, полученной от ближайшего окружения (член семьи, священник). Каждый из параметров шкалы предлагается оценивать по 10-ти балльной шкале. Образец бланка с инструкцией содержится в Приложении 4.

Данные, полученные в исследовании, свидетельствовали о выраженном нарушении самооценки со стороны больного в начале реабилитации. Высокие баллы при заполнении им шкал могут быть связаны с недостаточной критикой к своему состоянию, в то же время низкие значения оценки состояния больного со стороны ближайшего окружения демонстрируют действительную оценку его состояния. Со временем наблюдалась нивелировка значений в оценке состояния как со стороны больного, так и его ближайшего окружения, что находит отражение в большем соответствии средних баллов по различным показателям. Таким образом, на основании сближения значений самооценки и объективной оценки ближайшим окружением на средних баллах по всем параметрам можно говорить о постепенном формировании адекватной самооценки в ходе реабилитационных мероприятий.

3.5. Методика «Шкала религиозности (адаптированный вариант, О.Ю. Казьмина, 2000)»

Анализ типа религиозности на основании исследования по шкале религиозности позволяет определить соотношение внутренней и внешней религиозности в личностной структуре больного. Под внешней религиозностью у больных с религиозным мировоззрением понимается соблюдение религиозных догм, канонов и традиций вероучения. Внутренняя религиозность состоит в способности интериоризировать и осмыслить вероучительные каноны и догмы, сделав их органичной частью своей жизни. Принятие личностью внутренних и внешних типов религиозности свидетельствует о целостном личностном укладе, в котором внешние религиозные рамки и их внутреннее осознание гармонично сочетаются, обеспечивая нормативный религиозный уклад личности. В то же время значительный разрыв в соотношении внутренней и внешней религиозности свидетельствует о дисгармоничной личностной структуре, которая может приводить к преобладанию патологических форм религиозной жизни и сопровождаться поведенческими расстройствами в связи с употреблением психоактивных веществ.

Для определения типа религиозной направленности был использован опросник из 40 вопросов. Образец бланка с инструкцией содержится в Приложении 5.

Анализ типа религиозности у больных в начале исследования выявил преобладание внешнего типа религиозности, что проявлялось во внешнем соблюдении православных традиций – посещение богослужений, участие в церковных таинствах, соблюдение постов и молитв. В то же время низкие значения показателя внутренней религиозности свидетельствовали о недостаточной степени осмысленности внешних религиозных действий. Динамическое наблюдение позволяет выявить, что со временем происходит согласование в значениях по значениям внешняя/внутренняя религиозность, что наиболее отчетливо проявляется спустя 24 месяца после начала реабилитации. Согласованность значений по параметрам внутренняя/внешняя религиозность может свидетельствовать о получении больными дополнительных знаний и опыта, которые позволяют им осознанно подходить к совершению внешних религиозных действий. Большое значение в этом занимает дополни-

тельная возможность общения со священником, принимающим участие в реабилитационной программе.

Таким образом, участие в реабилитационных мероприятиях способствует трансформации религиозного мировоззрения с гармонизацией внутренней и внешней форм религиозности, на что может оказывать влияние сплоченность членов религиозной общины, участие в совместно общении, взаимопомощь, эмоциональная поддержка и сочувствие, участие в жизни друг друга (внешняя религиозность). Увеличение значений по шкале внутренней религиозности может свидетельствовать об актуализации новых типов религиозных копинг-стратегий, которые помогают больным осмыслить хронические психические заболевания с позиций христианского мировоззрения.

Глава 4

ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ «СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ КАК ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ НА БАЗЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА»

4.1. Актуальность, цели, задачи

Исследования специалистов РБОО «Семья и психическое здоровье» (под руководством д.м.н. Т.А. Солохиной) показывают, что для успешного достижения целей семейной профилактики необходимы:

- наличие у пациента и его ближайшего окружения знаний о природе расстройств поведения (психических заболеваний, наркологической патологии) и их лечении, стиле общения и поведения в семье, владение способами контроля симптомов болезни;

- навыки решения специфичных для определенных расстройств поведения проблем.

Одним из приоритетных направлений деятельности программы семейной профилактики расстройств поведения является подготовка специалистов и волонтеров – ведущих семейных клубов трезвости, которые в последующем могут осуществлять индивидуальную и групповую работу с пациентами и их родственниками.

Профессиональная переподготовка и повышение компетентности специалистов мультидисциплинарной команды, участвующих в реализации программы, достигается установлением общих целей и задач, стоящих перед специалистами различного профиля, что обеспечивает слаженную работу и преемственность лечебно-реабилитационного процесса на всех этапах.

У врача-психиатра, психолога, социального педагога и иных специалистов зачастую существуют различные подходы к помощи пациентам с расстройствами поведения. В особенной степени это различие проявляется в подходах, используемых священниками, которые также являются членами мультидисциплинарной команды. «Врач видит перед собой страдающего человека и ставит своей главной задачей борьбу с

болезнью, стремясь избавить больного от страдания. Священник же видит образ Божий в каждом человеке, воспринимает его в контексте вечности и осознает, что главная задача, стоящая перед человеком, – уподобиться Богу, войти в Царство Небесное. Главная задача, которую выполняет священник, – это помочь человеку пройти свой жизненный путь, приближаясь к Богу, возрастая к Нему, независимо от того болен человек или здоров», – размышляют больничные священники, много лет посвятившие окормлению душевнобольных в психиатрической клинике (свящ. И. Одяков, свящ. В. Гусев, 2018). Учитывая это, прояснение совместных технологий реабилитационной работы и выстраивание зон ответственности является предметом образовательной деятельности, которая должна быть реализована в семейной профилактической программе.

С другой стороны, требуется вовлеченность в профилактическую работу волонтеров и представителей общественных организаций, которые в большинстве случаев не обладают специальными профессиональными знаниями и опытом в области реабилитации. В этом случае знания и навыки должны быть предоставлены в доступной форме и учитывать уровень подготовленности волонтеров.

Восполнить возникающий недостаток способны успешно действующие психообразовательные и просветительские проекты, которые становятся частью профилактической программы. С этой целью разработана и внедрена образовательная программа – Школа психиатрической грамотности СКТ (действует с 2014 года в составе МОД СКТ), осуществляется издание популярной и научной литературы, в том числе зарубежной, по вопросам психического здоровья, диагностики, лечения и профилактики расстройств поведения в результате психических заболеваний и сопутствующей наркологической патологии.

В Школе психиатрической грамотности СКТ помимо предоставления знаний по актуальным вопросам психиатрии и наркологии, психотерапии и семейной психологии, социальной педагогики и духовной аскетики, осуществляются тренинговые занятия и мастер-классы. К психосоциальным тренингам необходимо отнести занятия по развитию социальных навыков (общения), методов совладания с негативными эмоциями и проблемно-разрешающего поведения. Мастер-классы по арт-терапии могут включать в себя кинотерапию, изготовление изделий из подручных средств, другие виды совместной деятельности. Эти виды

психосоциальных вмешательств должны дополнять психообразование, формируя систему знаний, навыков, умений ведущих терапевтических групп, которые во время практической работы смогут помочь участникам программы в предотвращении рецидивов болезни, повышении стрессоустойчивости, комплайентности, социальной компетентности. Разработанные методические основы этой образовательной деятельности, изложены в виде развернутых планов лекций, семинаров, тренингов, мастер-класса в предлагаемом пособии.

Кроме этого, в пособии приведены анкеты для оценки уровня знаний и удовлетворенности участием в образовательном проекте волонтеров и специалистов. Прохождение разработанного обучающего курса, с нашей точки зрения, может способствовать, помимо приобретения новых знаний, улучшению общей осведомленности и доверия к системе семейной профилактики зависимого поведения в целом.

4.2. Содержание психообразовательных модулей Школы «Семейные клубы трезвости как технология профилактики расстройств поведения на базе биопсихосоциодуховного подхода», 13 модулей

1. История и настоящее семейных программ по профилактике расстройств поведения.
2. Общественные движения в психиатрии и наркологии: социотерапевтическая среда.
3. Медицинские аспекты расстройств поведения в психиатрии и наркологии – этиология, клиника, лечение и реабилитация.
4. Современные представления об аддиктивных расстройствах, их профилактике и лечении. Метод формирования личностной саморегуляции.
5. Психология семьи и личности в аспекте духовного здоровья. Семейное консультирование.
6. Духовно-ориентированный диалог по методу Т.А. Флоренской и его место в профилактике расстройств поведения.
7. Духовно-ориентированная арт-терапия как подход к изменению образа жизни людей с расстройствами поведения.

8. Созависимость как паттерн дисфункциональной семьи. Подходы к коррекции.

9. Духовное осмысление трезвого образа жизни как нормы человеческого бытия.

10. Православная аскетика – духовная школа борьбы со страстями.

11. Социально-педагогические технологии в семейных профилактических программах для людей с расстройствами поведения.

12. Информационная безопасность как необходимое условие успешности профилактической программы в современном обществе.

13. Работа с семьями людей с расстройствами поведения. Практические подходы.

Модуль 1. История и настоящее семейных программ по профилактике расстройств поведения

Канд. педагог. наук, *Г.В. Гусев*

Цель модуля: повысить уровень информированности специалистов и волонтеров в области охраны психического здоровья в вопросах истории семейной профилактики расстройств поведения в следствие психиатрических заболеваний с сочетанной наркологической патологией, ориентировать слушателей на внедрение в практику новых, наиболее эффективных видов реабилитации.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

Содержание модуля

- Монастырский этап.
- Помощь семье на церковном приходе.
- Приходские общества трезвости: С.А. Рачинский, священник Иоанн Кронштадтский.
 - Семейные клубы трезвости в Европе и мире: Владимир Худолин.
 - Российские семейные клубы трезвости

Комментарий к модулю:

Программа семейных клубов трезвости действует в России с 1992 года, за это время участниками программы стали более 2500 человек. Первый семейный клуб трезвости стал действовать на Никольском приходе в селе Ромашково под руководством протоиерея Алексия Бабурина, который прошел обучение по программе в Италии. В 1993–1996 годах в России было проведено 3 образовательных семинара с международным участием, подготовку прошли более 150 человек. Отсутствие достаточной поддержки в то время привело к прекращению работы большинства клубов.

Следующие курсы по подготовке ведущих СКТ состоялись в 2013 году, участие приняло более 80 человек (волонтеры, священники, специалисты). Результатом курсов стало создание 8 СКТ на приходах и светских организаций города Москвы. В 2014 году была организована Викариатская школа подготовки ведущих СКТ, заложены основы программы подготовки ведущих. За 5 лет накоплен значительный опыт работы ШКОЛЫ в сотрудничестве с международным сообществом. В 2016 году переведена и впервые издана на русском языке «Владимир Худолин. Клуб леченых алкоголиков», а также обобщен опыт создания СКТ на базе светских организаций и приходов РПЦ в методическом пособии «Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи».

В 2016–2018 годах специалистами МОД СКТ совместно с сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ проведено научное исследование и создана медицинская технология психосоциодуховной реабилитации психически больных с алкоголизмом (имеется акт внедрения, Е.А. Брюн).

МОД СКТ является официальным членом международной ассоциации СКТ (WASAT), участвует в работе исполнительного комитета организации. Ежегодно проводятся Съезды семейных клубов трезвости (Донской монастырь, Троице-Сергиева Лавра), в которых принимают участие представители международных ассоциаций. Ведется комплексная работа по поддержке работы клубного сообщества в России.

Список литературы:

1. Бабурин А.Н., Гусев Г.В. Православная церковь за здоровый образ жизни (на примере борьбы РПЦ с народным пьянством XIX нач. XX вв.) // Реферативный сборник «Новости науки и техники», серия «Медицина, выпуск «Алкогольная болезнь». – 1998. – № 9. – С. 1–7.

2. Бабурин А.Н., Ермошин А.Ф., Жохов В.Н., Карпова М.Н., Никулин А.В., Турбина Л.Г. Семейный клуб трезвости. 2 части // Методическое пособие – Издание Православного центра наркологической помощи (церковь Святителя Николая, Ромашково) и Информационно-исследовательского центра по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (Италия, Тренто). Московская область, 1994 г.

3. Бабурин А.Н. Православный психотерапевтический подход в профилактике и лечении пристрастий. Доклад на II Всероссийском съезде православных врачей. 1–2 октября 2009 г. // Журнал «Церковь и медицина», №5, январь, 2010 г. – С. 24–26.

4. Гусев Г.В. История обучения и воспитания трезвости в православном образовании : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 Москва, 2007 170 с.

5. Комаров Г.А., Бабурин А.Н., Манько М.В. Консолидация усилий органов здравоохранения, врачей и Русской православной церкви в формировании здоровья нации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 5. – С. 50–51.

Модуль 2. Общественные движения в психиатрии и наркологии: социотерапевтическая среда

Док. мед. наук, Т.А. Солохина

Цель модуля: предоставить специалистам и волонтерам в области охраны психического здоровья информацию о причинах возникновения, истории развития общественных движений в психиатрии и наркологии, их роли и месте в системе оказания психиатрической помощи; способствовать интеграции общественных форм психиатрической помощи и традиционных психиатрических, реабилитационных, медико-социальных служб.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План лекции

1. Историческая справка о развитии общественного движения в России и за рубежом.

2. Роль и место общественных объединений в обществе.

3. Основные функции общественного сектора в психиатрии
4. Современное общественное движение в России.
5. Общественный совет по вопросам психического здоровья при Главном внештатном специалисте-эксперте психиатре Минздравсоцразвития РФ.

Список литературы:

1. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. В помощь семье. / Под ред. проф. В.С. Ястребова, М., 2005. – 171 с.
2. Нарушения психического здоровья. В помощь семье. / Под ред. проф. В.С. Ястребова, М., 2003. – 102 с.
3. Общественные движения в психиатрии. В.С. Ястребов, Т.В. Зозуля, Т.С. Вещугина и соавт. В сб.: Материалы международной конференции «Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы» 21–22 октября, 1997, с. 195–208.
4. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность / Под редакцией Т.А. Солохиной, В.В. Ястребовой. М.: ИД «Городец» – 2019. – С. 392.
5. Федеральный закон о некоммерческих организациях № 7-ФЗ от 12 января 1996 года.
6. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 21.03.2002 № 31-ФЗ, от 25.07.2002 № 112-ФЗ.
7. Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1.

Модуль 3. Медицинские аспекты расстройств поведения в психиатрии и наркологии – этиология, клиника, лечение и реабилитация

Врач-психиатр А.И. Магай

Цель модуля: повышение уровня знаний специалистов и волонтеров в области охраны психического здоровья по современным научным подходам к профилактике и реабилитации психических расстройств, содействие установлению партнерской модели отношений между участниками мультидисциплинарной команды специалистов и участниками профилактических и реабилитационных программ.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

Расстройства поведения в психиатрии и наркологии

1. Классификация психических расстройств.
2. Виды расстройств поведения в результате психических заболеваний и наркологической патологии.
3. Подходы к медицинскому лечению расстройств поведения.
4. Место немедицинских методов профилактики и лечения.

Профилактика и реабилитация в психиатрии и наркологии

1. Подходы к профилактике и реабилитации.
2. Духовно-ориентированная реабилитация.
3. Религиозные копинг-стратегии.
4. Технология конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психически больных с коморбидными наркологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД Мед-практика-М, 2004. – 491 с.
2. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 256 с.
3. *Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Лапина Ю.А., Магай А.И.* Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: методические рекомендации. М.: ФГБНУ Научный центр психического здоровья. 2016. – с. 143.
4. *Каннабих Ю.В.* История психиатрии. Л., М., 1929, 520 с.
5. *Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю.* Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. Психиатрия. 2016;2:40–49.
6. *Мосолов С.Н.* Современный этап развития психофармакотерапии // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 12–13. – 560 с.
7. *Тиганов, А.С.* Психиатрия. Руководство для врачей. I том; Под редакцией А.С. Тиганова / А.С. Тиганов – Москва, «Медицина», 2012. – 807 с.

8. Тиганов, А. С. Психиатрия. Руководство для врачей. II том; Под редакцией А.С. Тиганова / А.С. Тиганов – Москва, «Медицина», 2012. – 895 с.

**Модуль 4. Современные представления
об аддиктивных расстройствах, их профилактике и лечении.
Метод формирования личностной саморегуляции**

Канд. мед. наук, доцент кафедры наркологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, врач-психотерапевт высшей категории
Е.А. Сборникова

Цель модуля: повышение уровня знаний специалистов и волонтеров в области охраны психического здоровья в вопросах современных научных подходов к профилактике и реабилитации аддиктивных расстройств, освоение мотивационных и психотерапевтических технологий метода формирования личностной саморегуляции для применения в работе с лицами, зависимыми от психоактивных веществ/психоактивных действий и их родственниками.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля:

Современные представления об аддиктивных расстройствах, их профилактике и лечении.

1. Биопсихосоциодуховный подход к пониманию проблемы аддиктивных расстройств.
2. Личностная дефицитарность как фактор риска формирования аддиктивных расстройств.
3. Классификация аддиктивных расстройств. Признаки формирующейся и сформированной аддикции. Этапы аддиктивного процесса.
4. Современные направления профилактики и реабилитации в наркологии.

Метод формирования личностной саморегуляции (МФЛС).

1. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика как концептуальная основа метода формирования личностной саморегуляции.

2. Направления метода формирования личностной саморегуляции, показания и противопоказания к его использованию.

3. Особенности мотивирования лиц с аддитивными расстройствами к лечению и реабилитации по МФЛС.

4. Методика разотождествления нормативной и патологической частей личности пациента, зависимого от психоактивных веществ или психоактивных действий по МФЛС.

5. Методика работы с потребностями в рамках МФЛС.

6. Технологии работы с родственниками зависимых людей по формированию и реконструкции нормативных личностных статусов в русле МФЛС.

Выводы:

В современном мире аддитивные расстройства – злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) или психоактивных действий (ПАД) встречаются все чаще и принимают все более разнообразные формы.

Аддитивные расстройства возникают преимущественно у подростков и молодежи и проявляются как уход от реальности, сверхценная сосредоточенность на аддитивном агенте – психоактивном веществе или психоактивном действии и сопровождаются конфликтами с окружающим реальным миром и самим собой. Помимо зависимостей от ПАВ – алкогольной, наркотической, токсической, специалистам все чаще приходится встречаться с зависимостями от ПАД – от азартных и компьютерных игр, от Интернета, от тоталитарных сект, с гаджет-зависимостью, эмоциональной зависимостью, трудоголизмом. Однако, при всем многообразии, аддитивные расстройства имеют общие биопсихо-социо-духовные причины возникновения – факторы дефицитарности, механизмы развития, сходные проявления и требуют единых, комплексных подходов к лечению и реабилитации.

Аддикция определяется как систематическое повторение действий, лишенных целесообразности и реального приспособительного значения, возникающее у дефицитарных личностей, как свидетельство психологической декомпенсации и ведущее к снижению социальной адаптации или дезадаптации.

Дефицитарность на биологическом уровне функционирования человека обусловлена:

- неблагоприятной наследственностью, отягощенной психическими и наркологическими заболеваниями;
- плохим состоянием здоровья родителей в момент зачатия, а также пребыванием их в интоксикации;
- патологией беременности;
- асфиксическими состояниями во время родов;
- инфекциями, интоксикациями, ЧМ травмами, перенесенными в детстве;
- нарушениями в обмене нейромедиаторов (дофамина, серотонина, норадреналина).

Дефицитарность на психологическом уровне представлена:

- сниженной толерантностью к фрустрации;
- нарушением самоидентификации;
- наличием негативного жизненного сценария;
- недостаточными коммуникативными навыками;
- недостаточностью навыков проблемно-разрешающего поведения;
- наличием ярко выраженных личностных особенностей в интервале от акцентуации характера до психопатии;
- наличием внешнего локуса контроля;
- алекситимией, а также неумением справляться с неприятными чувствами, проживая их, не разрушая себя и окружающих;
- неумением удовлетворять собственные потребности конструктивными способами.

На социальном уровне дефицитарность обусловлена:

- воспитанием в дисфункциональной семье;
- использованием родителями неконструктивных стилей воспитания (гиперопека, гипопротекция);
- применением насилия в семье (физического, эмоционального, интеллектуального, духовного);
- отсутствием в атмосфере семьи проявлений любви, теплоты, взаимоуважения, взаимопонимания;
- неумением членов семьи конструктивно преодолевать конфликтные ситуации.

На духовном уровне дефицитарность, предрасполагающая к злоупотреблению ПАВ и ПАД, представляет собой:

- Отсутствие веры, взаимосвязи с Богом;
- Нарушения в сфере ценностей;
- Нарушение, отсутствие смыслов;
- Нарушение развития, остановку в развитии;
- Неумение любить, проявлять альтруизм.

По мере прогрессирования аддиктивной болезни, эта многомерная, био-психо-социо-духовная дефицитарность нарастает и, для преодоления аддикций, необходима коррекция дефицитарности на всех четырех уровнях человеческого существования. Чтобы эффективно помочь человеку, страдающему зависимостью от ПАВ или ПАД, необходимы лечебные воздействия, включающие и медикаментозный компонент и психотерапевтический, и усилия, направленные на коррекцию социальных отношений пациента, а также проработку духовного мира зависимого человека – его смыслов, ценностей, нравственных ориентиров. Таким образом, реализуется возможность изменения идентичности аддикта с патологической на нормативную и стиля жизни с зависимого и разрушительного на свободный и созидательный.

Метод формирования личностной саморегуляции (Соборникова Е.А. 2010 г.), основанный на теоретической базе психогенетической теории личности Ю.В. Валентика разработан на кафедре наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Под «личностной саморегуляцией» в данном случае понимается осознанный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности.

Данный метод может быть использован в лечении и реабилитации пациентов наркологического профиля различных возрастных категорий. Метод (или элементы метода) могут быть применимы в любой стадии аддиктивного заболевания при наличии любого уровня реабилитационного потенциала. Противопоказанием к его использованию являются острые психические или соматические расстройства, выраженное снижение интеллекта или нежелание пациента работать предложенным образом (например, ориентация на краткосрочные манипулятивные методы, такие как «кодирование»).

Данный метод является развивающим, его использование подразумевает неконфронтационное, гуманное, эмпатийное, клиент-центрированное взаимодействие с пациентом и его родственниками.

Среди направлений метода формирования личностной саморегуляции (МФЛС) – *мотивирование пациентов с аддиктивными расстройствами к лечению и реабилитации; разотождествление нормативной и патологической частей личности пациента; работа с потребностями*; работа по формированию или реконструкции нормативных личностных статусов, т.е. работа с установками, смыслами и ценностями личности зависимого, а также личностно-реконструктивная работа с родственниками пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами.

Список литературы:

1. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Российско-голландский проект 2002. / Под редакцией Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, В.Ф. Мельникова. – Ярославль.: Издательство «Добро». 2002. – 314 с.

2. Бабурин А.Н., Гусев Г.В., Соборникова Е.А., Горячева А.А. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учебно-методическое пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. – 112 с.

3. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. 2013. № 4. С. 45–49.

4. Валентик Ю.В. Научно-методическое обоснование системы оценки и предупреждения различных форм зависимости в детско-молодежной среде (зависимость от азартных игр, компьютерная зависимость, зависимость от новых психоактивных веществ): Методические рекомендации для педагогов, социальных педагогов, школьных психологов. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 132 с.

5. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ. // Наркология. 2002. № 9. С. 21–26.

6. Валентик Ю.В., Соборникова Е.А. Формирование личностной саморегуляции у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в амбулаторной реабилитационной программе // Психотерапия. – 2009. – № 3. – С. 34–42.

7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. – Т. 2 – № 2. – С. 84–88.

8. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – 2002. – № 9. – С 27–35.

9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. – М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.

10. Маренич О.Н. Особенности самосознания у лиц с зависимостью от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к. психол. н. – М., 1999. – 24 с.

11. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. – М.: Изд-во ЭКСМО, 2017. – 544 с.

12. Сборникова Е.А., Булатников А.Н., Савченко Л.М. и соавт. Формирование личностной саморегуляции у лиц с аддиктивными расстройствами: учебное пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 74 с.

Модуль 5. Психология семьи и личности в аспекте духовного здоровья. Семейное консультирование.

Канд. психол. наук *И.Н. Мошкова*

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний по психологии семейных отношений с позиции духовно-ориентированного подхода в профилактике и реабилитации расстройств поведения; освоение ими системы понятий и представлений в области помощи семье, попавшей в трудную жизненную ситуацию в связи с психическими заболеваниями и наркологическими расстройствами.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Состояние семейных отношений в России
2. Классификация семей, их жизненный цикл и функции семьи
3. Личностное становление мужчины и женщины. Типы супружеских взаимоотношений
4. Семья с позиции христианского вероучения
5. Условия формирования духовно-здоровой семьи
6. Учение о христианском браке и предназначении мужа и жены
7. Христианское воспитание детей. Ответственное родительство

Выводы

Многолетний опыт работы убеждает в том, что ключевым понятием для практической работы психологов, ориентированных на духовно-нравственное состояние клиента, является понятие «личность». Создать «духовно-здоровую семью» (или «семью как малую, домашнюю церковь») может только человек, стремящийся к достижению состояния христианской личности, готовый к подвигу добровольного жертвенного служения ближним с учетом специфики своего мужского и женского предназначения, определенного Замыслом Божиим. Вместе с этим, семья предстает как некое «духовно-нравственное и психологическое пространство», порождающее, формирующее личность человека, и, одновременно, выявляющее степень ее зрелости. Раскрывая этимологию слова «семья», можно сказать, что это та «духовно-психологическая среда», в которой закладывается «семя – Я», т.е. «ядро» человеческой личности.

Список литературы:

1. Аллендер Д. Как дети воспитывают родителей. М.: Триада. 2006.
2. Альбисетти В. Терапия супружеской любви. Как решать проблемы совместной жизни. М.: 2001.
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М.: ЧеРо. 2000.
4. Зеньковский В., протоиерей. Проблемы воспитания в свете христианской антропологии. Клин. Фонд Христианская жизнь. 2002.
5. Мошкова И.Н. Семейный крест. (Православный психолог о семье и воспитании). М.: Скимен, Храм Живоначальной Троицы в старых Черемушках, 2005 г.
6. Паисий Святогорец, старец. Семейная жизнь. (т. 4.) М.: Издательский дом Святая гора. 2004.
7. Сатир В. Как строить себя и свою семью? М.: 1992.
8. Соловьев В. Смысл любви. Троицкий С. Христианская философия брака. Протоиерей Иоанн Мейендорф. Брак в Православии. М.: 1995.
9. Фромм Э. Искусство любить. М.: АСТ. 2012.
10. Шестун Е.В. Семья в современном мире. Сама, НФ ДЕОЦ. 2008.

**Модуль 6. Духовно-ориентированный диалог
по методу Т.А. Флоренской и его место
в профилактике расстройств поведения**

Канд. психол. наук *Т.Б. Рязанова*

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний по духовно-ориентированным практикам помощи человеку с расстройствами поведения; ознакомление с диалогической моделью работы в традиции духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Представление о личности в различных психологических подходах.
2. Бессознательное в психоанализе. Психологическое консультирование и помощь человеку, обратившемуся к психоаналитику.
3. Законы научения новым формам поведения в бихевиоральной психотерапии.
4. Гуманистический подход в психологии. Разработка учения о творческой, здоровой, бесконечно и свободно развивающейся (самоактуализирующейся) личности.
5. Пирамида потребностей А. Маслоу.
6. Духовно-ориентированный диалог – представление о человеческой личности в аспекте святоотеческой антропологии.
7. Практика духовно-ориентированного диалога. Восстановление внутренней иерархии в личности человека.

Выводы

В мировом опыте феноменологического подхода исследование фундаментальных мотиваций человека способствует обретению ответа на главный вопрос своей жизни – ее экзистенциального смысла. Установление понимающей связи с другим человеком, где двое встречаются как личности, является условием экзистенц-анализа.

В отечественной психотерапевтической науке широкие знания в области клинической психологии, включающие в себя и глубокое понимание логотерапии, а также опора на святоотеческое предание Русской Православной Церкви позволили Т.А. Флоренской сформулировать концепцию духовно-ориентированного диалога, ключевыми понятиями которого являются «доминанта на собеседнике» и «внезаходимость». Использование таких разнообразных феноменологических понятий способствует расширению объяснительной «модели» духовно-ориентированной терапии. основополагающим выводом диалогического подхода Флоренской является установление помимо горизонтального измерения (общаются двое) еще и вертикального измерения диалога – обращенность к связующему их третьему лицу. В этом Лице Т.А. Флоренская предполагает образ Божий в каждом человеке, о котором свидетельствует «голос совести», который «является личным внутренним наставником». Последовательное развитие идей духовно-ориентированного диалога в работе духовно-ориентированных программ помощи психически больным создают устойчивый базис в практической деятельности специалистов в области охраны психического здоровья.

Список литературы:

1. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М.: 1979.
2. Кемпински А. Психопатология неврозов. – М.: 1969.
3. Маслоу А.Г. Мотивация и Личность / пер. с англ. СПб: Евразия, 2001. – 319 с.
4. Маслоу А.Г. Самоактуализация / пер. с англ. / под общ. ред. А.М. Татлыбаевой. СПб: Ихтик, 1999. – 379 с.
5. Роджерс К.Р., Фрейберг Дж. Свобода учиться / пер. с англ. М.: Смысл, 2002. – 527 с.
6. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М.: 1976.
7. Рязанова Т.Б. О соотношении идентичности и диалога в развитии личности // Гуманитарное пространство. 2018. № 5.
8. Ухтомский А.А. Доминанта. – М.-Л.: 1966.
9. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. Наука о душе. – М.: Владос. 2001.
10. Флоренская Т.А. Мир дома твоего. Психология в жизни. – М.: Радонеж. 1998.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: 1990.
12. Фрейд З. Толкование сновидений. – М.: 1913.

Модуль 7. Духовно-ориентированная арт-терапия как подход к изменению образа жизни людей с расстройствами поведения

Психолог *А.А. Бердичевский*

Цель модуля: предоставление слушателям знаний об основных направлениях арт-терапии, ознакомление с духовно-ориентированной арт-терапией. Обсуждение возможностей практического использования арт-терапии, включающее основные методы работы, техники, форму, правила и структуру занятий.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Теория арт-терапевтического подхода в профилактике и реабилитации. Универсальный язык самовыражения.

2. Арт-терапевтическая триада «терапевт-творчество-пациент». Понятие об арт-терапии как об исцелении посредством любого художественного творчества.

3. Виды, функции и психотерапевтические направления современной арт-терапии.

4. Духовно-ориентированные арт-терапевтические программы реабилитации людей, столкнувшихся с проблемой зависимости от ПАВ.

5. Теоретические основы духовно-ориентированной модели изменения поведения.

6. Методологические и организационные аспекты в проведении арт-терапевтических занятий.

7. Освоение арт-терапевтических техник на примере проведения киноклуба.

Выводы

Программа, основанная на духовно-ориентированном арт-терапевтическом подходе позволяет мотивировать человека к изменениям на духовном уровне в традициях православного мировоззрения, и имеет хорошее теоретическое обоснование. Участие в программе способствует развитию уровня субъектности (интернальности) участников.

Список литературы:

1. Бабурин А.Н. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учебно-методологическое пособие / Бабурин А.Н., Гусев Г.В., Соборникова Е.А., Горячева А.А.; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. – 112 с.
2. Бельков Сергей, прот. Духовно-психологическая и социально-педагогическая помощь лицам с наркологической зависимостью. Православный подход. – СПб.: Издательство РХГА, 2017. – 156 с., ил.
3. Бердичевский А.А.. «Духовно-ориентированная арт-терапия в формировании мотивации к изменению образа жизни зависимых людей». Смоленский медицинский альманах, № 4, 2019, с. 87–89.
4. Копытин А.И., Богачев О.В. Арт-терапия наркоманий: Лечение, реабилитация, постреабилитация. – М.: Психотерапия, 2008. – 172 с.
5. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия: Учебное пособие. – М.: Когито-Центр, 2015. – 526 с.
6. Рассказова Е.И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2014. – № 4. – С. 102–119.
7. Слободчиков В.И. Психология человека: Введение в психологию субъективности: Учебное пособие / В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Изд-во ПСТГУ, 2013. – 360 с.
8. Спринэм Н. Арт-терапия в лечении наркомании и алкоголизма // Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2017. – 336 с.

Модуль 8. Созависимость как паттерн дисфункциональной семьи.**Подходы к коррекции**

Психолог Ю.А. *Потанова*

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний по вопросам дисфункциональных семейных отношений; освоение ими системы понятий и представлений по проблеме созависимости; ознакомление с видами и формами психосоциальных вмешательств, используемых для коррекции, организационно-методическими основами их применения на практике.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Созависимость – патологический феномен в дисфункциональной семейной системе отношений.

2. Причины, проявление, функции созависимых отношений на примере семей с расстройствами поведения в результате злоупотребления психоактивными веществами.

3. Основные роли членов дисфункциональной семьи и подходы к коррекции.

4. Влияние духовности и религиозности на возможность изменения, значение веры и понимания семейных отношений в традиции православного мировоззрения.

5. Созависимость и детско-родительские отношения.

Список литературы:

1. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974.

2. Казаковцев Б.А., Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Чехлатый Е.И. Психотерапия зависимости: состояние и направление развития // Наркология. – № 11.2003. – С. 22–26.

3. Москаленко В.Д. Замуж за пьющего?! Нет! // Семья и школа. – 1990. – № 3. – С. 7–9.

4. Москаленко В.Д. Биологические, индивидуальные, семейные и вне-семейные факторы риска и защиты от злоупотребления психоактивными веществами у подростков // Межд. Мед. Журн. – № 1. – 2003.

5. Психологические исследования и психотерапия в наркологии / Сб. науч. тр. – Ленинград, 1989.

6. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской – М.: Независимая фирма «Класс», 2002. – 224 с.

7. Фримен Д. Техники семейной терапии. – СПб: Питер, 2001.

8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: «Питер», 2000.

Модуль 9. Духовное осмысление трезвого образа жизни как нормы человеческого бытия

Протоиерей Алексей Бабурин

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний по традиции религиозного и мистического опыта христианской церкви. Ознакомление с характеристиками состояния «трезвого опьянения», переживаемого человеком с религиозными формами сознания, способствующего духовно-нравственному совершенствованию человека.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Здоровье человека в аспектах физического, душевного и социального благополучия.
2. Духовно-нравственное совершенствование. Религиозные и мистические формы сознания.
3. Пастырское душепопечение страждущих зависимостью от психоактивных веществ и членов их семей на церковном приходе.
4. Духовное трезвое опьянение – значительный оксюморон в традиции христианской патристики.
5. Сравнительные характеристики опьянения в результате употребления психоактивных веществ и состояния, связанного с опьянением Божественной любовью.

Выводы

Покаяние, мольба о спасении, молитвенное делание, постижение Слова Божия, вкушение таинственной Снеди – Тела и Крови Иисуса Христа, стяжание Духа Святого и пребывания в Нем, приводят к всеобъемлющей радости, уподобляемой подвижниками благочестия духовному, разумному, трезвому опьянению и, наконец, к возделенному обожению.

В чем разница в состоянии опьянений, вызванных пристрастием к алкоголю, наркотикам, другим психоактивным веществам и психоактивным действиям, гневом, непристойной похотью и подобными им зависимостями, с упоением любовью к Богу?

Оба вида опьянения вызывают эйфорию, помогают отвлечься от житейских попечений, дают ощущение преодоления собственных границ. Разница состоит в том, что опьянение от пристрастий приводит к потере самоконтроля, помрачению ума, неадекватности восприятия, потере памяти, расстройству здоровья и личности, поработает, нарушает межличностные отношения, вызывает беспокойство, чувство стыда, греховности и вины; а духовное опьянение, наоборот, просветляет ум, делает человека трезвым, целомудренным, благонадежным, ответственным, освобождает от печали и чувства вины, животворит, помогает ему превзойти самого себя, укрепляет в вере, одухотворяет, вселяет надежду на спасение, оставляет неизгладимые благодатные ощущения отрады и утешения.

Список литературы:

1. Амвросий Медиоланский, епископ. *О таинствах. Беседа 5. 3. Слово: 17* // Собрание творений [Текст]: на латинском и русском языках / свт. Амвросий Медиоланский / пер. с лат. Д. Е. Афиногенова, прот. А. Гриня, М. В. Герасимовой; пер. со старославян. Ф. Б. Альбрехта. Православный Свято-Тихоновский гуманитарный ун-т. Т. 1. М.: Изд-во ПСТГУ, 2012. С. 241.

2. Бабурин А. Н. *Бог все предвидит и все предопределяет*: извлечения из бесед монаха-философа Андроника (Лосева А. Ф.) с церковнослужителем-медиком Алексеем Бабуриным. 1980–1988 гг. Сборник материалов Международной научной конференции «XVI Лосевские чтения. Философ и его время: к 125-летию со дня рождения А. Ф. Лосева». 17–20 октября 2018 г. М.: «МАКС Пресс», 2019. С. 794.

3. Василий (Кривошеин), архиепископ. *Тема духовного опьянения в мистике преподобного Симеона Нового Богослова* [Электронный ресурс]. URL: https://azbyka.ru/otechnik/Vasilij_Krivoshein/tema-duhovnogo-orpanenija-v-mistike-prepodobnogo-simeona-novogo-bogoslova/ (дата обращения: 31.10.2019).

4. Джеймс У. *Многообразие религиозного опыта* / пер. В. Г. Малахеевой-Мирович, М. В. Шика. М.: Наука, 1993.

5. Иларион (Алфеев), епископ. *Духовный мир преподобного Исаака Сирина*. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Алетейя, 2002. С. 336.

6. Иоанн Златоуст, архиепископ. *Слово против упивающихся и о воскресении* // Творения святого отца нашего Иоанна Златоуста, Архиепископа Константинопольского, в русском переводе. Т. 2. Книга 1. СПб.: Издание Санкт-Петербургской Духовной Академии, 1896. С. 477.

7. Родионов О.А. *Предисловие к славянскому «Добротолюбию»: история текста* // Каптеревские чтения. Сборник статей. Вып. 12. Москва, 2014. С. 180.

Модуль 10. Православная аскетика – духовная школа борьбы со страстями

Диакон Николай Устинов

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний в области православного подхода к преодолению расстройств поведения на основе христианской аскетики. Борьба со страстями – как основа аскетики в православии, является центральным местом модуля.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Дух, душа и тело – трихотомичный взгляд на личность человека в христианской догматике.
2. Понятия о грехе и страсти в традиции христианского мировоззрения.
3. Борьба со страстями как основа христианской аскетики.
4. Духовное осмысление тезиса «не вино осуждай, а пьянство и того, кто худо воспользовался добром».
5. Соотношение духовных и медико-социальных аспектов в вопросе расстройств поведения в биопсихосоциодуховном подходе.
6. Преображение личности как основа изменения образа жизни в духовно-ориентированной терапии расстройств поведения.

Выводы

Важнейшим свойством духовного компонента в терапии расстройств поведения является Преображение – коренное изменение личности. В контексте подчинительной связи тела, души и духа, Преображение затрагивает наивысший, духовный уровень. Но широта действия духовного компонента не только раскрывает Преображение личности,

но и всего биопсихосоциального подхода. Собственно, сам биопсихосоциальный подход находится в плоскости нравственности, но наполнив его духовным компонентом, он не только расширяется, но переходит как раз в плоскость духовности, где нравственный человек становится духовным, где союз мужчины и женщины является уже не семьей, но Малой Церковью, а социальная среда становится соборностью, объединяющую Церковь Земную и Церковь Небесную во Христе Иисусе.

Таким образом, современный терапевтический подход профилактики расстройств поведения не только не противоречит Православному учению, православной догматике и святым отцам, но и его принципы отражены в Священном Предании, и в частности, в учении Иоанна Златоуста, в котором можно увидеть наличие каждого компонента биопсихосоциодуховного подхода.

Список литературы:

1. Вадим Леонов, прот. Основы православной антропологии: Учебное пособие. – М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2013. – С. 163.
2. Владимир Худолин. Клуб леченых алкоголиков. – М.: 2016. – С. 29.
3. Игнатий (Брянчанинов), свт. Полное собрание творений. Т. 1. – М.: «Паломник», 2000.
4. Иоанн Златоуст, свт. Полное собрание творений. Т. 2. – СПб., 1896.
5. Иоанн Златоуст, свт. Толкования на Священное Писание. Т. 7. – М.: «Ковчег», 2006.

Модуль 11. Социально-педагогические технологии в семейных профилактических программах для людей с расстройствами поведения

А.А. Горячева

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний в области педагогических и социальных технологий в деятельности семейных профилактических программ для людей с расстройствами поведения. Основное внимание в рамках модуля обращается на подготовку и профессиональное совершенствование ведущих – руководителей семейных терапевтических сообществ для людей с расстройствами поведения.

Рассматриваются организационно-методические основы применения социально-педагогических технологий на практике.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Технология педагогической деятельности в терапевтическом сообществе.

2. Основные характеристики и критерии эффективности педагогических технологий в работе с пациентами с расстройствами поведения.

3. Особенности личностных качеств ведущих терапевтических сообществ.

4. Возможность использования дополнительных форм подготовки и повышения компетентности ведущих.

Выводы

Особое место в системе подготовки руководителей конфессиональных семейных терапевтических сообществ для профилактики расстройств поведения занимает мировоззренческое обеспечение становления его личности, формирование православных духовных ориентиров и просоциальных ценностей, соответствующих этике церковного служения. По представлениям современной андрагогики, важная составляющая образования взрослых – личный запрос на развитие. Необходимо учитывать, что принцип взаимосвязи личностного и профессионального развития является универсальным.

Не смотря на рост технологичности образования, человеческое измерение профессиональной подготовки остается приоритетным, и сегодня для работы в семейных терапевтических сообществах востребованы специалисты, способные осуществлять профессиональную деятельность на качественно новом – творческом уровне.

Мотивация взрослого к получению дополнительного образования, помимо утилитарной цели приобретения знаний, умений и навыков для новой квалификации, окрашена ожиданиями удовлетворения от личностного смысла профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. Бабурин А.Н., Гусев Г.В., Соборникова Е.А., Горячева А.А. Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи // Учебно-методическое пособие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016 год. – 112 с.
2. Горячева А.А., Бабурин А.Н., протоиерей, Магай А.И. Концептуальные основы деятельности Викариатской школы подготовки семейных клубов трезвости // Социальное служение Православной Церкви: проблемы, практики, перспективы (Санкт-Петербург, 23–25 ноября 2017 г.). – СПб.: Изд. РХГА, 2017. – С. 254–259.
3. Егоров Г., священник, Меланина Т.В. Личностное и профессиональное развитие взрослого человека в пространстве образования: теория и практика. – М.: Изд-во ПСТГУ, 2013. – 114 с.
4. Каклюгин Н.В., Бельков С.Н., Костюкова Т.А., Григорян Н.А., Пучнин Д.С., Пашенко П.В. Основные модели оказания реабилитационной помощи лицам с химической зависимостью на территории Российской Федерации, реализуемые социально ориентированными некоммерческими и конфессиональными организациями. Сообщение 1. Биопсихосоциодуховная модель: общий обзор. Программа «12 шагов» // Наркология. – 2017. – № 5. – с. 87–116.
5. Никитина Л.Е. Технология социально-педагогической работы: краткий анализ // Воспитание школьников. 2000. № 10. С. 14.
6. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога. М.: Академия, 2004. С.13.

**Модуль 12. Информационная безопасность
как необходимое условие успешности профилактической программы
в современном обществе**

Н.С. Вятчанин

Цель модуля: предоставление слушателям основ знаний в области информационного сопровождения деятельности семейных профилактических программ у пациентов с расстройствами поведения. В структуре модуля внимание обращается на различные аспекты информационной безопасности.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры обще-

ственных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. Источники формирования общественного мнения – личный и коллективный опыт, «опыт других» (молва, сплетни, слухи). СМИ как особый «способ» передачи опыта.

2. Механизмы формирования общественного мнения и манипуляция общественным сознанием. Стереотипизация массового сознания как основной способ манипуляции общественным мнением.

3. Характеристика информационных кампаний в России, ее особенности.

4. Роль СМИ в этих кампаниях.

5. Место общественных организаций в информационных кампаниях.

6. Современные виды фейк-новостей.

Список литературы:

1. Жуковская Е.Е. Классификация информационных рисков: жизнь акторов в информационном социуме // Российский научный журнал, 2015, №4 (47).

2. Жуковская Е.Е. Управление социальными процессами через церковно-общественные проекты // Власть, 2016, № 2.

3. Легойда В.Р. Религиозный дискурс в современных СМИ: Можно ли говорить о христианстве в эпоху секуляризма // Церковь и время. Научно-богословский и церковно-общественный журнал, 2006. № 2 (35).

4. Цыганов В.В., Бочкарева. Механизмы манипулирования общественным сознанием в информационном противоборстве // Информационные войны, 2012, № 2 (22). – С. 45–53.

5. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. – Самара. – 1995.

6. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. М., 2004, 28 с.

7. Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсаков, 2002, № 7, с. 58–65.

Модуль 13. Работа с семьями людей с расстройствами поведения. Практические подходы

Д.П. Девяткин

Цель модуля: предоставление слушателям практических основ по вопросам семейной профилактики расстройств поведения. В рамках модуля разбираются система понятий и представлений в области семейной профилактики и реабилитации; слушатели знакомятся с базовыми видами и формами интервенций, осуществляемых ведущим семейного клуба трезвости, а также с организационно-методическими основами их применения на практике.

Целевая группа: врачи-психиатры и наркологи, психологи, специалисты по социальной работе, священнослужители, волонтеры общественных организаций, участники реабилитационных и профилактических программ.

План модуля

1. «Мифы» и заблуждения людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками.
2. Типичные ошибки родственников и близких людей с расстройствами поведения в практике семейного терапевтического сообщества.
3. Основные правила и рекомендации для людей, принявших решение об изменении образа жизни для решения поведенческих проблем в семейной профилактической программе.
4. Трудности и ошибки в отношениях с близкими и ближайшим социальным окружением.
5. Рецидивы и меры, направленные на предотвращение срыва, для участников семейной профилактической программы с расстройствами поведения.
6. Обет трезвости.

Выводы

Изменение образа жизни является одним из ведущих факторов, который позволяет успешно осуществлять профилактику и оказывать помощь людям с расстройствами поведения.

Добровольное и сознательное отношение человека к решению проблемы способствует изменению соответствующей атмосферы, экосре-

ды, в которой происходит его жизнь. К протекторным факторам необходимо отнести избегание провокационных ситуаций, общения с кругом людей, которые могут привести к срыву или рецидиву проблемы. Значительное место занимает «новое» осмысление жизни, которая оказывается наполнена другими радостями, «раскрашена другими красками», обогащена разными увлечениями, интересами. Таким образом, изменение образа жизни приводит не только к изменению круга общения, но также к появлению новых ресурсов у личности.

Другим значимым фактором оказывается личный пример людей, которые смогли преодолеть то или иное расстройство поведения. Проблемно-разрешающее поведение, основанное на опыте другого, оказывает благотворное влияние на коренное изменение личностного уклада. Преображение внутреннего содержания личности способствует изменению и внешних форм поведения.

Серьезным подспорьем на этом пути является проработка отношений с членами семьи и ближайшим окружением, а также использование эффективных конфессионально-ориентированных подходов, к которым необходимо отнести «чинопоследование обета трезвости».

Список литературы:

1. Вразуми меня и буду жить. Беседы в общине трезвости // Под общей редакцией протоиерея Алексея Бабурина. Составитель Е. Савостьянова. – М.: АНО «Душепопечительский центр имени Великой княгини преподобномученицы Елизаветы Федоровны «Дом Милосердия». Москва, 2008. – 240 с.
2. Вятчанин Н.С. Побег из бездны. М., 2016, 128 с.
3. Наркомания: грех или болезнь? // Сборник – Издательство «Даниловский благовестник». Москва, 2000 г. – 182 с.

Заключение

Уникальность современной технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением «семейные клубы трезвости» заключается в гармоничном использовании мультидисциплинарного четырехкомпонентного (био-психо-социо-духовного) подхода, основанного на семейном принципе работы, в структуре конфессионально-ориентированной реабилитационной деятельности. В рамках комплексной программы помощи сочетается психофармакотерапевтическое лечение с групповой психотерапией в рамках терапевтического сообщества и социотерапевтическими мероприятиями, содержащими духовно-религиозный компонент. Со специалистами и волонтерами, работающими в структуре программы, проводится психообразовательная и психопросветительская работа, направленная на формирование необходимых знаний и навыков. Совместное применение в реабилитационной работе медицинских, психо-социальных и педагогических технологий совместно с конфессионально-ориентированными подходами позволяет наиболее полно использовать терапевтический и реабилитационный ресурс, использовать современные научные методы и принцип добровольности и сотрудничества пациента, членов семьи и его ближайшего окружения в достижении общих целей помощи.

Эффективность программы обусловлена постепенным изменением ценностных установок личности, происходящим в процессе психокоррекционной работы и духовно-нравственного преображения человека. Важным инструментом, способствующим глубокой ценностно-смысловой переориентации личности вследствие актуализации духовного компонента личности, является реализуемый в программе метод духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской, эффективная работа с семьей осуществляется на основе методологии системного семейного подхода.

Устойчивая ремиссия у пациентов с сочетанной психической патологией и наркологическими расстройствами становится следствием ответственного выбора пациента в результате оздоровления межличностных отношений в семье в процессе групповой семейной работы на основе традиционного религиозного мировоззрения в духе православных ценностей и смыслов, а изменение поведения пациента сопровождается изменением всего образа жизни.

Приложения

Приложение № 1

Методики, используемые в диагностическом и оценочном блоке программы

1. Бланк методики «Оценка выраженности антинаркотического потенциала» (Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И., 2016)

Дата исследования	Желание улучшить общее состояние здоровья, повысить работоспособность	Совладание с конфликтными ситуациями по месту работы и/ или в семье	Осознание болезни и необходимость лечения для улучшения качества жизни	Ценность трезвого образа жизни как «духовной свободы от зависимости» и условие духовного роста
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
....				

2. Бланк методики «Оценка значимости религиозных копинг-стратегий»

Инструкция: Выберите те утверждения, которые наиболее соответствуют Вашим представлениям

Дата исследования	Религиозная вера способствует обретению смысла и цели в жизни	Религиозный опыт положительно влияет на чувство контроля над ситуацией	Религиозные переживания помогают испытывать положительные эмоции (чувство благополучия, радость и чувство благодарности)	Религиозная община помогает обрести чувство родства и связанности общими ценностями и смыслами	Религиозное мировоззрение способствует трансформации личностных ценностей и смыслов
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
....					

3. Бланк методики «Смысложизненные ориентации Д.А. Леонтьева, 1992 (адаптированная версия теста PIL, Purpose-in-Life Test)»

Инструкция: Вам предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача выбрать одно из утверждений, которое по Вашему мнению больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3 в зависимости от того, насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны).

1	Обычно мне очень скучно	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Обычно я полон энергии
2	Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Жизнь мне кажется совершенно спокойной и рутинной
3	В жизни я не имею определенных целей и намерений	3	2	1	0	1	2	1	2	3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения
4	Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной
5	Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие
6	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заниматься	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами
7	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал(а)	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал(а)
8	Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни
9	Моя жизнь пуста и неинтересна	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами
10	Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла
11	Если бы я мог выбрать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе	3	2	1	0	1	2	1	2	3	Если бы я мог выбрать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас

12	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности
13	Я человек очень обязательный	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Я человек совсем не обязательный
14	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств
15	Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком
16	В жизни я ещё не нашел своего призвания и ясных целей	3	2	1	0	1	0	1	2	3	В жизни я нашел своё призвание и цель
17	Мои жизненные взгляды ещё не определились	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились
18	Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни
19	Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями
20	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворяют мое творение	3	2	1	0	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания

4. Бланк методики «Шкала самооценки Дембо-Рубинштейна (адаптированная версия, Казмина Е.А., 2016)»

Инструкция: Любой человек оценивает свои способности, возможности, характер и др. Уровень развития каждого качества, стороны человеческой личности можно условно градуировать исходя из 10 баллов, где 1 балл будет символизировать самое низкое развитие, а 10 баллов – наивысшее.

Отметьте, как Вы оцениваете развитие у себя этого качества, стороны Вашей личности в данный момент времени.

№		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Характер										
2	Ум										
3	Здоровье										
4	Счастье										
5	Трезвость										
6	Религиозность										

5. Бланк методика «Шкала религиозности (адаптированный вариант, О.Ю. Казьмина, 2000)»

№	Вопросы
1	Верите ли Вы в то, что Бог, создав мир по любви, постоянно имеет благое помышление о нас?
2	Есть ли у вас знакомые или друзья, которые укрепляют и вдохновляют Вас в вере?
3	Испытываете ли Вы радость, участвуя в Божественной Литургии?
4	Верите ли Вы в то, что хлеб и вино во время Евхаристии действительно становится Телом и Кровью Иисуса Христа?
5	Можете ли Вы вспомнить изменения в Вашей жизни, которые были бы свидетельством Божьей любви к Вам?
6	Трудно ли Вам поверить в то, что Бог стал человеком, для того, чтобы нас спасти?
7	Помогает ли вероучение Православной церкви понять Вам смысл Вашей жизни?
8	Есть ли у Вас чувство принадлежности к общине во время совместной молитвы в храме?

9	Знаете ли вы по именам больше 5 человек в Вашем приходе?
10	Чувствовали ли Вы когда-нибудь явное действие Божественной Благодати в Вашей жизни?
11	Согласны ли Вы с тем, что познать церковь, можно лишь живя в ней?
12	Молитесь ли Вы вместе с Вашими близкими?
13	Верите ли Вы в то, что через рукоположение священнослужители становятся преемниками апостолов и получают особую Благодать?
14	Сомневаетесь ли Вы иногда в действительности Святых Таинств?
15	Встречаетесь ли Вы с прихожанами Вашего храма помимо церковных служб?
16	Есть ли у Вас обыкновение регулярно читать Библию?
17	Чувствуете ли Вы порой смущение или неудобство в православном храме?
18	Проявляете ли Вы какую-либо активность в деятельности вашего прихода, помимо посещения служб?
19	Молитесь ли вы перед принятием важных решений?
20	Чувствуете ли Вы, что у Вас есть такие грехи, которые Бог не простит Вам, даже если Вы искренне раскаиваетесь в них?
21	Совершалось ли над Вами хотя бы раз Таинство Елеосвящения?
22	Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство присутствия Бога во время чтения Священного писания?
23	Чувствуете ли Вы потребность Благодарить Бога за то, что Он делает для вас?
24	Верите ли Вы в то, что Бог призвал именно Вас к тому, чтобы быть христианином?
25	Согласны ли Вы с тем, что жизнь есть священный дар, даже если речь идет о человеке, который находится еще в материнской утробе?
26	Трудно ли Вам поверить в то, что в Таинстве Исповеди человек разрешается от всех грехов?
27	Можете ли Вы сказать, что принимаете активное участие в деятельности Вашего прихода?
28	Участвуете ли Вы обычно в общем пении в храме, когда это принято по ходу церковной службы?
29	Можете ли Вы свободно говорить о Вашей вере с людьми нерелигиозными?
30	Бывает ли так, что мысль о предстоящей Исповеди вызывает у Вас чувства беспокойства или тревоги?
31	Рассказываете ли Вы свои хорошим знакомым и друзьям о деятельности Вашей церковной общины?
32	Возникало ли у Вас когда-нибудь чувство, что слова Священного Писания обращены именно к Вам?

33	Есть ли у Вас потребность регулярно причащаться?
34	Испытываете ли Вы особый духовной настрой в храме, как в месте особого присутствия Бога?
35	Можете ли вы сказать, что чувствовали целительную силу Благодати во время болезни?
36	Верите ли Вы в существование ада и вечного мучения?
37	Бывает ли так, что Вы испытываете смущение, признаваясь другим в том, что являетесь членом Православной церкви?
38	Приступаете ли Вы к Святым Таинствам с особой подготовкой?
39	Есть ли у вас человек, которого Вы считаете своим духовным отцом?
40	Приходила ли Вам мысль отдать всю свою жизнь служению Богу (в монастыре или в миру)?

Инструкция: Напротив каждого из номеров вопросов Вы можете обозначить ответ символами "+" – да; "-" – нет; "0" – не знаю.

1 –	11 –	21 –	31 –
2 –	12 –	22 –	32 –
3 –	13 –	23 –	33 –
4 –	14 –	24 –	34 –
5 –	15 –	25 –	35 –
6 –	16 –	26 –	36 –
7 –	17 –	27 –	37 –
8 –	18 –	28 –	38 –
9 –	19 –	29 –	39 –
10 –	20 –	30 –	40 –

Ключ для оценки результатов методики

Внешняя религиозность		Внутренняя религиозность
Участие в общине	Церковные таинства	Православная идентификация
2 – да	4 – да	1 – да
8 – да	13 – да	3 – да
9 – да	14 – да	5 – да
11 – да	21 – да	6 – да
12 – да	26 – да	7 – да
15 – да	30 – да	10 – да
18 – да	33 – да	16 – да
27 – да	38 – да	17 – да
28 – да		19 – да
31 – да		20 – да
37 – нет		22 – да
39 – да		23 – да
		24 – да
		25 – да
		29 – да
		32 – да
		34 – да
		35 – да
		36 – да
		40 – да

Приложение 2

**Межрегиональное общественное движение
в поддержку семейных клубов трезвости**

Анкета Участника Школы семейных клубов трезвости

Дорогой коллега!

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. Затем выберите тот ответ, с которым Вы согласны, отметив его.

Все полученные от Вас сведения являются конфиденциальными и не подлежат разглашению.

Нам поможет лучше понять Ваши ответы, если Вы представите некоторые данные о себе, ответив на следующие вопросы:

Ф.И.О.

(можно не указывать)

1. Пол: мужской, женский
 2. Ваш возраст _____ лет
 3. Ваша профессия _____
 4. Ваше участие в работе профилактических или реабилитационных программ для лиц с расстройствами поведения в результате психических заболеваний с сочетанными наркологическими заболеваниями
-
5. Что является для Вас главным в жизни?
 - 1. Взаимоотношения в семье
 - 2. Материальное благополучие
 - 3. Здоровье
 - 4. Друзья
 - 5. Учеба, карьера, профессиональное образование
 - 6. Духовное развитие
 - 7. Жизнь с Богом, путь к Спасению
 6. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?
 - 1. Хорошее
 - 2. Удовлетворительное
 - 3. Плохое
 - 4. Затрудняюсь ответить

7. Ваше любимое занятие в свободное время:
- 1. Занимаюсь спортом
 - 2. Творческое хобби
 - 3. Занимаюсь духовным саморазвитием
 - 4. Занимаюсь домашними делами
 - 5. Другое _____
8. Какие темы о психическом здоровье в области профилактики расстройств поведения Вас больше всего интересуют?
- 1. Курение
 - 2. Алкоголь
 - 3. Наркотики
 - 4. Компьютерные игры
 - 5. Другие темы (укажите, какие) _____
9. Насколько хорошо Вы осведомлены о механизмах формирования расстройств поведения вследствие психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией?
- 1. Считаю, что хорошо осведомлен
 - 2. Считаю, что знаю посредственно
 - 3. Мало знаком
 - 4. Практически ничего не знаю
 - 5. Другое (укажите) _____
10. Что Вы считаете наиболее важным в работе школы подготовки ведущих семейных клубов трезвости?
- 1. Наличие соответствующих знаний
 - 2. Наличие практических занятий
 - 3. Соответствующая литература
 - 4. Специальная программа в школе
 - 5. Соответствующие специалисты
 - 6. Желание и сила воли
 - 7. Другое (что именно) _____
11. Кто, по Вашему мнению, в наибольшей степени поможет Вам в достижении поставленной цели?
- 1. Врач
 - 2. Социальный педагог
 - 3. Психолог
 - 4. Священник
12. Ваши замечания и пожелания Школе семейных клубов трезвости _____

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В РАБОТЕ!

Приложение 3**Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости****Вопросы к итоговому контролю знаний**

Дорогой коллега!

Обращаемся к Вам с просьбой высказать свое мнение относительно образовательной программы, в которой Вы участвовали. Ваши ответы помогут в ее совершенствовании.

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. Затем выберите тот ответ, с которым Вы согласны, отметив его.

Все полученные от Вас сведения являются конфиденциальными и не подлежат разглашению.

Нам поможет лучше понять Ваши ответы, если Вы представите некоторые данные о себе, ответив на следующие вопросы:

Общая часть

Ф.И.О. _____

Пол: мужской, женский

Ваш возраст _____ лет

Ваша профессия _____

Ваше участие в работе профилактических или реабилитационных программ для лиц с расстройствами поведения в результате психических заболеваний с сочетанной наркологической патологией

Задание 1**Кто был основателем трезвенного движения в России?**

1 Святитель Филарет Московский	
2 граф Лев Толстой	
3 Сергей Александрович Рачинский	
4 Ваш вариант	

Задание 2

Укажите фамилию основателя семейного клубного движения трезвости?

1 Константин Циолковский	
2 Федор Углов	
3 Владимир Худолин	
4 Ваш вариант	

Задание 3

Сколько обществ трезвости было в России перед 1-ой мировой войной?

до десяти	
десятки	
сотни	
тысячи	
Если Вас не устраивают данные ответы, предложите свой вариант	

Задание 4

Сколько трезвенных съездов было в России?

один	
два	
три	
Ваш вариант ответа	

Задание 5

Кто был председателем Всероссийского общества трезвости?

1 Победоносцев К.П.	
2 Святой праведный Иоанн Кронштадтский	
3 Священномученик Владимир Богдавленский	
4 Священник Александр Рождественский	
5 Иной вариант ответа (приведите ваш ответ)	

Задание 6

Кто предложил название «Семейные клубы трезвости» в России?

1 Протоиерей Алексей Бабурин	
2 Священник Алексей Авдюшко	
3 Георгий Витальевич Гусев	
4 Иной вариант ответа	

Задание 7

Как давно и где появился первый семейный клуб трезвости в России?

время	место
три года назад	
десять лет назад	
около ста лет назад	
Иной вариант ответа	

Задание 8

Какие стили поведения возможны в семье? Нужно ли об этом говорить на клубе? Зачем?

Задание 9

Известны такие варианты близких отношений, как слияние, соприкосновение, симбиоз, зрелые отношения. Представьте их схематически, через взаимное расположение кругов

Задание 10

В чем заключается роль ведущего клуба? В чем его ответственность?

1 Давать инструкции о том, как правильно жить	
2 Расспрашивать проходящих о личной жизни и привычках	
3 Следить, чтобы участники не подрались	
5 Знать ответы на все вопросы	
6 Обеспечивать клуб чаем и печеньем	
7 Устанавливать правила	
8 Иные варианты ответов	

Задание 11**Какова цель воспитания в православном понимании?**

1 Приучение к послушанию	
2 Воспитание патриотизма	
3 Сделать чадо счастливым	
4 Всестороннее развитие	
5 Формирование хороших привычек и навыков	
6 Иной вариант ответа (Ваша формулировка)	

Задание 12**О неудовлетворенных потребностях человеку сигнализируют его чувства**

Универсальные человеческие Потребности (в классификации А. Маслоу)	Чувство-индикатор неудовлетворенной потребности
В самоактуализации	Скука, чувство пустоты, бессмысленности
В уважении	Злость, раздражение, досада, обида
В любви	Тоска, печаль, одиночество
В безопасности	Страх, тревога, беспокойство
Физиологические (в пище, в воде, в отдыхе, ...)	Голод, жажда, усталость, ...

Задание 13**Зачем об этом говорить в клубе? (поставьте галочку)**

1 Чтобы вызвать раскаяние	
2 Чтобы погрузить участников в знакомые негативные переживания	
3 Чтобы способствовать осознанию чувств участниками и управлению своим состоянием	
4 Если Ваше мнение не совпадает с названными, кратко сформулируйте его	

Задание 14

Среди ученых нет единства во взглядах на вопрос: с чем человек приходит в жизнь. Некоторые ученые отрицают **наличие у человека инстинктивных форм поведения**. Поставьте галочку, устно аргументируйте тремя фразами

Согласен (инстинктов у человека нет)	
Не согласен (инстинкты есть)	

Задание 15

Соотнесите понятия «развитие», «уход», «воспитание», изобразите соотношение схемой (круги, символы и т.д.)

Задание 16

В закрытых детских учреждениях (приют, интернат), несмотря на хороший уход, дети первых лет жизни плохо прибавляют в весе, поздно начинают ходить, много болеют и отстают в общем в психическом развитии от воспитывающихся в семье детей. Укажите причины подобных явлений (отметьте галочкой)

1 Воровство продуктов персоналом	
2 Низкая квалификация врачей	
3 Материнская депривация	
4 С детьми не разговаривают	
5 Если ответы Вас не устраивают, кратко сформулируйте свой	

Задание 17

Когда вы определились со своим профессиональным выбором? Кто в вашей жизни оказал решающее влияние на процессы личностного и профессионального самоопределения? (Отметьте галочкой)

1 Мама	
2 Папа	
3 Семья в целом	
4 Учителя в школе	
5 Друг	
6 Литературный (кино-) герой	
7 Другой ответ (кратко сформулируйте свой)	

Задание 18

Какие примеры кризиса середины жизни в художественной литературе, в искусстве Вы помните? Как можно объяснить факт распространенности этой темы?

1 Авторы пережили его сами	
2 Он самый интригующий	
3 Ваша версия ответа	

Задание 19

Среди долгожителей высок процент людей творческих профессий. Секрет долгожителей – их особое отношение к жизни. О чем бы Вы спросили долгожителя в душевной беседе? (*Сформулируйте лаконичный вопрос*)

Задание 20

Что обозначает аббревиатура СКТ? Какое содержание заключено в каждом слове?

Задание 21

Каковы основные принципы работы СКТ?

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В РАБОТЕ!

Список литературы

1. Альтшулер В.Б.: Алкоголизм, М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 264 с.
2. Бабурин А.Н. Душепопечение наркологических больных в условиях прихода. Доклад на I Всероссийском съезде православных врачей. 28–29 сентября 2007 г. // Церковь и медицина. – 2009. – №3. – С. 48–54.
3. Бабурин А.Н., Магай А.И., Казьмина Е.А., Гедевани Е.В., Болтрукевич М.Д. Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью // Материалы Первой Московской Международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия», 20–21 апреля 2017 года: Сборник научных трудов. – М.: «Сам Полиграфист», 2017. – С. 96–100.
4. Бабурин А.Н., Соборникова Е.А., Магай А.И., Казьмина Е.А. Семейные клубы трезвости как подход в реабилитации лиц, зависимых от употребления алкоголя и их созависимых родственников // Вопросы наркологии. – 2016. – №11–12. – С. 101–104.
5. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комисарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 3. – С. 176–187.
6. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: Литера-2000, 2002. – 254 с.
7. Гофман А.Г. К вопросу о сочетании алкоголизма и шизофрении. / А.Г. Гофман // В кн.: Актуальные проблемы психиатрии. М., 1981. – С. 70–74.
8. Гуревич Г.Л. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: клиника, диагностика, терапия: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
9. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // Психиатрия : науч.-практ. жур. – 2016. – № 2. – С. 40–49.
10. Магай А.И., Казьмина Е.А., Борисова О.А., Копейко Г.И. Место конфессионально-ориентированных подходов в комплексной лечебно-реабилитационной помощи больным эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2017. – № 5. – с. 74–75.
11. Поляков Ю.Ф., Казьмина О.Ю., Хахина И.А. Особенности социальной поддержки у больных шизоаффективными расстройствами с религиозным мировоззрением // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – с. 21–25.
12. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность / Под редакцией Т.А. Солохиной, В.В. Ястребовой. М.: ИД «Городец». – 2019. – С. 392.

13. Флоренская Т.А. Слово и молчание в диалоге. // Диалог. Карнавал. Хронотоп. 1996. № 1. С. 50–61.
14. Тиганов А.С. Психиатрия. Руководство для врачей. I том; Под редакцией А.С. Тиганова / А.С. Тиганов – Москва, «Медицина», 2012. – 807 с.
15. Тиганов А.С. Психиатрия. Руководство для врачей. II том; Под редакцией А.С. Тиганова / А.С. Тиганов – Москва, «Медицина», 2012. – 895 с.
16. Gačić, B. (1992): Belgrade systemic Approach to the Treatment of Alcoholism: Principles and interventions Journal of Family Therapy, 14; 2: 103–122.
17. Hefti R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care Psychiatry and Psychotherapy. Religions 2011; 2:611–627.
18. Hudolin VI. Manuale di alcologia. 2nd ed. Italy: Centro Studi Erickson; 1997.
19. Pargament K., Koenig H., Perez L. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56(4): 519–543.

Научное издание

СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ
С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ

Коллективная монография

Подготовка оригинал-макета:

Издательство «МАКС Пресс»

Главный редактор: *Е.М. Бугачева*

Компьютерная верстка: *М.А. Комарова*

Корректор: *А.М. Аксенова*

Обложка: *А.В. Кононова*

Подписано в печать 07.10.2020 г.

Формат 60х90 1/16. Усл.печ.л. 5,5.

Тираж 100 экз. Заказ 154.

Издательство ООО «МАКС Пресс»

Лицензия ИД N 00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы, МГУ имени М.В. Ломоносова,
2-й учебный корпус, 527 к.

Тел. 8(495)939-3890/93. Тел./Факс 8(495)939-3891.

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных материалов в ООО «Фотоэксперт»
115201, г. Москва, ул. Котляковская, д.3, стр.13

