Федеральное государственное общеобразовательное учреждение

Высшего профессионального образования

Оренбургский государственный аграрный университет

Юридический факультет

Кафедра социологии и социальной работы

**Курсовая работа**

**По технологиям социальной работы**

**Технологии социальной работы с лицами злоупотребляющими наркотиками**

Выполнил:

студент юридического факультета

отделения социальной работы

41 соц. группы

Искиндиров Р.К.

Проверил:

Преподаватель Кажаева Т.И.

Оренбург-2009

**Оглавление**

Введение

1. 1. Проблема наркомании в современном обществе
2. **1.1 Наркомания в России: цифры и факты**

1.2 Наркомания и преступность

2. Технологии реабилитации лиц, страдающих наркотической зависимостью

2.1 Содержание понятия «реабилитация» в наркологии и социальной работе

2.2 Место и роль специалиста по социальной работе в реализации технологических процедур реабилитации наркологических больных

2.3 Основные этапы технологии реабилитации и их содержание с лицами, злоупотребляющими наркотики

Заключение

Список используемой литературы

**Введение**

Наркомания (греч. narke – оцепенение, mania – страсть, безумие). Злоупотребление наркотическими веществами, а также заболевание, которое выражается в психической и физической зависимости от наркотических средств. Токсикомания – использование лекарственных и других средств, не являющихся наркотическими, но влекущих одурманивание[[1]](#footnote-1).

Стремительное распространение наркотиков и наркомании связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых сама по себеотнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Мы имеем в виду особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения и др. Указанные группы факторов, взятые каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию в России. Однако их одновременное воздействие и порождает необычайно благоприятные усло­вия для распространения наркомании.

Актуальность тематики данной работы определяется тем, что наркотики приносят ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом, что и обуславливает актуальность внедрения поэтапной, гибкой системы технологий работы с данной категорией клиентов.

Объектом исследования служат лица злоупотребляющие наркотиками.

Предметом – технологический аспект социальной работы с лицами злоупотребляющими наркотиками.

Цель работы заключается в том, что бы рассмотреть технологии социальной работы с данной категорией лиц.

На основании поставленной цели в работе решаются следующие задачи:

1. Раскрыть содержание проблему наркомании в современном обществе;
2. Определить связь между такими явлениями как наркомания и преступность;
3. Рассмотреть содержание понятия «реабилитация» в наркологии и социальной работе;
4. Определить место и роль специалиста по социальной работе в реализации технологических процедур реабилитации наркологических больных;
5. Обозначить основные этапы технологии реабилитации и их содержание с лицами, злоупотребляющими наркотики.

Гипотеза - наркоманию можно рассматривать как социально заразное заболевание, приносящее вред обществу, поэтому необходимо построение действенной технологии по предотвращению распространения этого социального вируса.

Подчеркивая актуальность проблемы, она рассматривается у широкого круга исследователей. Так отечественные теоретики социальной работы Холостова Е.И., Курбатов В.И., Зайнышев И.Г. рассматривают необходимость реализации социальной работы в учреждениях наркологического профиля, а также технологии работы. Имеется ряд статей посвященных именно технологической составляющей деятельности специалистов по социальной работе в процессе медико-реабилитационных мероприятий в отношении лиц злоупотребляющих наркотическими веществами (Евлампиев В.С., Иванец Н.Н., Захаров В., Валентик Ю.В., Зыков О.В., Мартыпеико А.В., Цетлин М.Г.). Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве материал в данной курсовой работе был взят из области наркологии это такие авторы как: Иванец Н.Н., Лисецкий, К.С., Матынга И.А. и др. Также проблеме наркомании посвящена работа нескольких популярных Интернет сайтов: www.narcomania.com и www.newdoctor.ru в которых содержится большое количество статей и аналитических докладов различных авторов посвященных проблеме наркомании.

Таким образом можно сделать вывод, что проблематика данной работы достаточно рассмотрена по различным направлениям исследований.

1. **Проблема наркомании в обществе**

**1.1 Наркомания в России: цифры и факты**

Прежде всего, необходимо отметить, что ежегодные доходы от незаконного оборота наркотиков в мире в последние годы превышают 400 млрд. долларов США. По последним данным ООН, в мире в настоящее время употребляют марихуану почти 142 млн. человек, амфетамины и синтетические наркотики - 30,5 млн., кокаин - 13,4 млн., героин и опиаты - 8 млн. человек. Среди них устойчиво растет число граждан Российской Федерации.

В целом в той или иной степени проблема наркомании затрагивает около 30 млн. человек в нашей стране, то есть практически каждого пятого жителя страны. Сегодня в России не осталось ни одного региона, где бы не были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Наркомания окончательно превратилась в общенациональную проблему, несущую прямую угрозу государству. Ведь, по последним экспертным оценкам, каждый наркоман вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек, создавая тем самым своего рода «снежный ком» наркомании[[2]](#footnote-2).

Потери от наркомании за последние два года превышают несколько миллиардов рублей. Моральный же ущерб российскому обществу вообще не поддается никакому подсчету. Наркомания в России продолжает «молодеть». По последним данным, более 60% наркоманов - люди в возрасте 18-30 лет и почти 20% - школьники. Информация Минздрава РФ показывает, что средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет 15-17 лет, но участились случаи первичного употребления наркотиков детьми 11-13 лет. Отмечены и случаи употребления наркотиков детьми 6-7 лет.

Вместе с тем следует объективно признать, что по последним опросам молодежи в Москве, Санкт-Петербурге, Волгограде, Самаре, Краснодаре, Хабаровске и других городах страны, а также в сельской местности Центральной России основными причинами роста наркомании среди молодежи являются именно социальная обстановка, утрата моральных ценностей и неверие в возможность самореализации. В частности, в Волгограде более 60% опрошенных отметили, что на употребление наркотиков их толкнула ситуация, когда "некуда податься" и неверие, что кто-то заинтересован в решении их проблем.

Особое внимание к проблеме наркомании важно и потому, что наркоманы становятся в последние годы основной причиной роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Наблюдалась опасная картина, когда почти 90% выявленных в 1997-1998 гг. случаев заражения ВИЧ-инфекцией было связано с внутривенным употреблением наркотиков и использованием общих шприцев и игл.

В 1999 году наступило некоторое улучшение ситуации: из почти 8000 заболевших россиян 3865 человек (764 женщины и 3101 мужчина) заразились при внутривенном введении наркотиков (то есть показатель составляет порядка 47%). В первую очередь, по мнению специалистов, это объясняется возросшим страхом среди наркоманов заболеть СПИДом. Серьезной проблемой остается распространение наркотиков в Вооруженных Силах России. Это связано с тем, что с каждым годом растет число призывников, которые приходят в армию уже, будучи наркоманами. За 1998 г. в Вооруженных Силах было совершено 112 преступлений, связанных с распространением и употреблением наркотиков.

Прошлый год показал, прежде всего, по данным Государственного таможенного комитета, начавшийся процесс изменения структуры рынка наркотиков на территории Российской Федерации. Характер контрабанды в первую очередь свидетельствует о том, что растительные наркотики (маковая соломка, гашиш, марихуана) продолжают вытесняться другими видами, преимущественно продуктами переработки опийной группы и синтетическими средствами.

Четко просматриваются тенденция распространения героина, а также преобладание на рынке наркотиков более дорогих и сильных видов. После августа 1998 г. существовало мнение, что вновь может увеличиться доля более дешевых наркотиков растительного происхождения, однако начало 1999 г. не подтвердило такой вариант развития событий. Расширение рынка героина и других сильных наркотиков представляют особую опасность в связи с быстрой наркозависимостью от них, прежде всего подростков[[3]](#footnote-3).

Таким образом, из вышесказанного можно сделать вывод, что из проблемы сугубо медицинской наркомания превратилась в проблему общенационального масштаба, постепенно приобретая характер эпидемии определяющую угрозу для безопасности страны.

* 1. **Наркомания и преступность**

В последние годы средства массовой информации все чаще оперируют терминами наркотизм, антинаркотизм, их производными, сообщая о проблемах, связанных с ростом числа больных наркоманией, и противодействии незаконному обороту наркотиков.

Относительная новизна этих терминов, распространенность употребления, кажущаяся публицистичность, разнообразие определений обозначаемых ими понятий вызывают некоторую настороженность, отторжение в официальном применении.

Традиционно в медицине и иных науках термином наркотизм по аналогии с термином алкоголизм обозначали заболевание, степень пораженности населения заболеванием наркоманией, обусловленность возникновения, лечения, предупреждения наркомании системой медико-социльно-экономических факторов, то есть наркоманию обоснованно выделяли как социальное явление, болезнь социальную. В публичное и вынужденное осознание этого с конца 90-х годов 20 века были вовлечены не только ученые и юристы-практики, но и огромное число россиян всех возрастов, профессий, социальных статусов, у которых дети, внуки или близкие люди стали потребителями наркотиков и не могли избавиться от этого тяжелейшего в большинстве случаев неизлечимого заболевания. Причиной этого стала социальная катастрофа, застигшая общество врасплох, - ускоренная, тотальная наркотизация (насыщение организованной международной и российской преступностью всех регионов страны контрабандными наркотиками при актуализации негативных факторов наркокультуры, наркопропаганды, семьи и др. в условиях социальной аномии) и самонаркотизация (принятие проявлений наркотизации из-за отсутствия самовоспитанных индивидуальных установок, мотивации, характера и т.д. на неупотребление наркотиков) молодого поколения россиян, ставшая угрозой национальной безопасности.

Более широкое понятие наркотизма дает Э.Г. Гасанов: «Наркотизм представляет собой негативное социальное явление, поразившее различные сферы жизни, отличающееся высокой степенью общественной опасности, выражающееся главным образом и наиболее отчетливо в причинении вреда здоровью людей, заболевших наркоманией, в совершении связанных с наркотиками преступлений, совокупность которых образует самостоятельный вид преступности (наркотическую преступность), и в организованности последней, превратившей наиболее опасную часть наркотической преступности в разновидность организованной преступности».[[4]](#footnote-4) Выделяя социальный, правовой, криминологический, экономический, биологический, экологический аспекты наркотизма, включая в определение высокую общественную опасность наркотизации общества (рост числа больных наркоманией, подрыв здоровья людей), по сути, одного из проявлений наркотизма, автор в то же время ограничивает его рамками наркопреступности, не включая в определение иные аспекты или формы проявления наркотизма. Вместе с тем правовой и криминологический аспекты можно отличать в рамках одного, юридического. Определение преступности как наркотической (производное от слова наркотик) представляется не вполне точным, так как эта преступность является формой проявления наркотизма и может определяться как наркопреступность.

Выделение правового и иных аспектов наркотизма дает основание полагать, что определение наркотизма в широком смысле является общенаучным, обобщающим представление о наркотизме в медицине, юриспруденции, социологии, экономики и других сферах научного знания, то есть в более узком смысле, с учетом общенаучного.

С учетом изложенного кратко отметим, что ФЗ РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах» 1998 года (далее - Закон) явился системообразующей основой законодательства (административного, гражданского, семейного, трудового, уголовного и т. д.), правовых нормативных актов Правительства РФ, субъектов РФ - правового массива, имеющего самостоятельный предмет регулирования (противодействие наркотизму, защита естественных прав человека и гражданина), который можно рассматривать как развивающийся правовой институт, подотрасль административного законодательства и права с присущим императивным методом правового регулирования - антинаркотическое право. Отказ от декриминализации употребления наркотиков, т.е. отказ от уголовного и административного преследования лиц, потребляющих наркотические вещества, что дает возможность обращаться в медицинские учреждения, не опасаясь войти в конфликт с законом.

С общественной точки зрения наркомания как явление носит антисоциальный характер, так как рост масштабов наркозависимости ведет к разложению морально-нравственных норм. Неоспоримый вред на социум оказывает и то, что наркоманы подрывают генофонд страны.

Интересные выводы делает Д. Хана, изучающий проблему криминогенности наркомании, им установлены пять видов связей, существующих между наркоманией и преступностью:

* наиболее опасная для общества - это ситуации, в которой наркомания стимулирует лиц к определенному поведению. Явление наркомании побуждает лиц, не являющихся наркоманами к совершению краж, грабежей, контрабанды, фальсификации и подделке рецептов, производству наркотических средств дляудовлетворения потребностей других лиц совершение преступлений самими наркоманами дляполучения наркотиков;
* Поведение наркомана под непосредственным влиянием принятого наркотика;
* пониженный тонус организма, слабость, вызванная потреб­лением наркотических средств, могут стать препятствием в выполнении должностных обязанностей наркоманом;
* изменение внешнего вида, разрушение организма и деградация личности наркомана, потеря контроля над своим поведением.

Большинство исследователей явления наркомании указывают на тесную связь между приемом одурманивающих средств и преступным поведением.

Так отмечается в Аналитическом докладе за 2000 год Совета по внешней и оборонной политике «Наркомания в России: угроза нации»: «Наркомания по-прежнему крайне негативно влияет на развитие криминогенной обстановки в стране. Число преступлений, совершенных в состоянии наркотического и токсического опьянения, в первом полугодии 1999 г. увеличилось на 13,3% и составило 9,6 тыс. Помимо этого также налицо тенденция роста (примерно на 3%) совершения краж и других хищений имущества граждан и организаций с целью получения средств для приобретения наркотиков.

Динамика зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Среди преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, значительно увеличилось число регистрируемых преступлений, связанных с незаконным изготовлением, приобретением или хранением наркотических средств и психотропных веществ с целью сбыта, либо их сбыт (рост на 43,1% по сравнению с I полугодием 1998 г.). Удельный вес таких преступлений вырос с 15,5% до 20,4%. Наиболее значительный рост преступлений, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и одурманивающими веществами, отмечен в Республике Адыгея, Владимирской, Камчатской, Костромской, Мурманской, Орловской, Тверской областях, в Санкт-Петербурге (в 1,5-2,8 раза).»[[5]](#footnote-5)

Таким образом, можно сделать вывод явление наркомании представляет собой один из составных катализирующих элементов в прогрессивном увеличении преступности и аморального поведения. Также необходимо отметить, что факты приобретения дурной привычки к употреблению наркотиков указывают на возможность возникновения психических ситуаций у наркоманов, способствующих совершению того или иного преступления, даже если преступление не является непосредственно результатом употребления наркотиков. Принятие наркотических средств приводит к снижению морального уровня и к порождению склонности ко лжи, неожиданным выходкам, кражам и пр. Более того, лицо, злоупотребляющее наркотическими веществами находясь в состоянии его дефицита, проявляет редкостную целенаправленность, методами которой является нахождение наркотика абсолютно любой ценой, поэтому чаще всего большинство из них оказываются в системе наказания исправительных учреждениях нашей страны.

Необходимо указать на тот факт, что злоупотребление наркотическими веществами представляет собой болезнь, но это особая болезнь, социальная значимость которой очень велика, в решении ее необходима комплексная работа медицинских учреждений и учреждений социальной защиты. Выработка адекватной технологии социальной вспомоществования в связи с вышесказанным представляет собой важнейший шаг в реализации парадигмы социальной помощи по отношению к данной категории клиентов.

В отношении рассматриваемой группы клиентов реализуются следующие технологические процедуры:

**Диагностика** – реализуется как в медицинском диагнозе (определение характера и причин соматической или психической болезни на основании всестороннего исследования больного), так и в диагнозе социальных аспектов лица страдающего пагубной привычкой к наркотическому веществу (семейное положение, отношения с родственниками, профессиональное положение, коренные причины, послужившие толчком к злоупотреблению ПАВ и т.д.).

**Коррекция** – составляющая часть технологии реабилитации наркологических больных. В процессе проведения реабилитационных мероприятий специалистом по социальной работе проводится активная коррекционная работа, направленная изменение социального статуса.

**Адаптация** – часть реабилитационных мероприятий. Комплекс мероприятий направленные на процессы приспособления личности или социальной группы к новой среде жизнедеятельности путем ее усвоения.

**Экспертиза** – представляет собой научно – техническое исследование объектов или обстоятельств, позволяющее разрешить дело по существу. Производство включает в себя две стадии: непосредственно само исследование и составление заключения по результатам исследования.

**Реабилитация** - это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализации и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызываю­щих зависимость.

**Терапия** – является особой процедурой технологии социальной работы, с помощью присущих ей методов оказывает воздействие на социальной поведение граждан, а значит, и на определенную социальную ситуацию, явление. По сравнению с коррекцией терапия направлена на более продолжительное и существенное воздействие на социальный объект с целью его социального оздоровления. Это система профессионального воздействия на состояние, поведение, психику лица (группы лиц) с целью их социального и психологического оздоровления, устранения устойчивых нарушений в социальном функционировании.

**Коррекция -** технологическая процедура представляющая собой кратковременное воздействие на социальный объект с целью оптимизации его социального функционирования.

**Консультирование** – это процедура, часто используемая в социальной работе, в медицинской, юридической практике специалистами разных направлений с целью ориентации граждан, отдельных лиц, семей, групп, общин путем советов, указания на альтернативные формы оказания помощи, в определении целей и обеспечении необходимой информацией.

**Посредничество** – специалисты социальных служб в процессе своей деятельности устанавливают и развивают функциональные связи с различными профильно-специализированными организациями и учреждениями, к которым они могут направлять клиентов. Технология посреднической деятельности реализуется тогда, когда социальный работник не может предложить пути и средства разрешения проблем клиента самостоятельно или в своем учреждении. Тогда он рекомендует и содействует приему клиента в соответствующем учреждении, организации или специалистом, который может их разрешить.

**Технологии социальной профилактики** – это научно обоснованное и своевременно предпринимаемое воздействие на социальный объект с целью сохранения его функционального состояния и предотвращения возможных негативных процессов в его жизнедеятельности.

Так как технологических процедур к данной категории клиентов довольно много поэтому в данной работе будет более подробно рассмотрена технология социальной реабилитации лиц злоупотребляющих наркотические вещества.

1. **Технологии реабилитации лиц, страдающих наркотическими заболеваниями в учреждениях здравоохранения**

**2.1 Содержание понятия «реабилитация» в наркологии и социальной работе**

Социальная реабилитация - восстановление юридического, социального, профессионального статуса. Индивидуальный процесс социальной реабилитации представляет собой восстановление у человека навыки к социальному общению, актуализация личностью правил и норм, принятых в данном обществе. Правовая реабилитация - обретение человеком всех юридических прав и гарантий, принятых в данном обществе, бытовая реабилитация включает в себя реабилитацию профессиональную, производственную, семейного статуса. К социальной реабилитации относится также проблема психологической реабилитации, прежде всего в вопросе обретения личностью прежнего или предпочитаемого социального статуса. В социальной работе приоритетное значение имеет проблема юридической и профессиональной социальной реабилитации. Процесс социальной реабилитации нацелен также и на изменение социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам.



В рамках социально-реабилитационной деятельности ученые выделяют различные уровни, в их числе обычно называют: медико-социальный, профессионально-трудовой, социально-психологический, социально-ролевой, социально-бытовой, социально-правовой.[[6]](#footnote-6)

Реабилитация в наркологии — это система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализации и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызываю­щих зависимость.

Главный нарколог Минздрава РФ, профессор Н.Н. Иванец даёт следующее определение социальной реабилитации: «социальная реабилитация в наркологии – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий»[[7]](#footnote-7).

Цель реабилитации — восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

Задачи реабилитации определяются необходимостью достижения ее конечной цели с учетом важнейших аспектов жизненной ситуации больного — медицинского, личностного, социального — путем ее активной направленной реорганизации.

При этом следует постоянно иметь в виду, что специфической особенностью клиники наркологических заболеваний является принципиальное отсутствие возможности выздоровления. Эти болезни являются хроническими, и в процессе их преодоления, в том числе в рамках реабилитационной работы, в любой момент могут возобновиться проявления патологического влечения к ПАВ и связанные с ними аффективные и поведенческие расстройства, т.е. развиться рецидив болезни. Поэтому необходимо говорить о едином лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП), в ходе осуществления которого обеспечивается необходимое взаимодействие лечебных (медицинских, биологических) и собственно реабилитационных (социально-психологических) мероприятий, с взаимным подкреплением эффекта их проведения.

Необходимо учитывать, что лечение в строго клиническом понимании этого термина нацелено на болезнь, ее различные проявления и последствия, а реабилитационные мероприятия — непосредственно на личность больного, его внутренний мир и окружающую социальную среду, на его систему отношений. Таким образом, биологические, медикаментозные методы лечения являются обязательным составным элементом лечебно-реабилитационного процесса, а успешность их применения — необходимым условием для разворачивания личностно ориентированных программ, решающих задачи социальной реадаптации и реинтеграции больных. Удельный вес медико-биологических и психолого-психотерапевтических методов для каждого конкретного больного будет различным, в зависимости от места и роли в патогенезе болезни биологического и личностного радикалов, особенностей их проявления на каждом этапе лечебно-реабилитационного процесса.

На различных этапах лечебно-реабилитационного процесса его медицинский аспект может быть представлен активной медикаментозной противорецидивный терапией, терапией, направленной на нормализацию психического и физического состояния больного, или так наз. «наркологическим сопровождением» — постоянным мониторингом наркологического статуса больного, призванным предотвратить или своевременно купировать проявления его декомпенсации.

Отдельные задачи реабилитации могут быть сформулированы следующим образом:

— Формирование у больного осознанной и стабильной мотивации (установки) на окончательный отказ от немедицинского приема ПАВ, на активное включение в лечебно-реабилитационный процесс;

— Осуществление комплекса лечебных и психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, предотвращение «срывов» и рецидивов болезни;

— Редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств, развившихся или усугубившихся в процессе болезни;

— Санация соматического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения навыкам ведения здорового образа жизни;

— Коррекция структуры личности больного и обеспечение позитивного личностного развития — через закрепление навыков активной саморегуляции, конструктивного общения, формирование адекватной самооценки и нормативной иерархии ценностей;

— Повышение уровня социального функционирования больного, формирование (восстановление) системы позитивных семейных, средовых связей;

— Достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков систематической занятости, образовательной и профессиональной подготовки[[8]](#footnote-8).

Таким образом, можно сделать вывод, что реабилитация по отношению к лицам, употребляющим наркотики представляет собой систему медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью реабилитации является восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

**2.2 Место и роль специалиста по социальной работе в реализации технологических процедур реабилитации наркологических больных**

Особенность социальной работы в наркологии состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный и зарубежный опыт показывает, что, несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточна эффективна.

Медицинские работники на практике вынуждены выполнять ряд функций социальных работников – отечественные дипломированные специалисты по социальной работе появились лишь в последние годы и их количество незначительно. В свою очередь, социальные работники в своей деятельности очень часто работают с клиентами, которые страдают и физической патологией, т.е. выступают в роли врачевателей.

Чтобы обозначить место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов родственных профессий - врачей, психологов, педагогов, и других специалистов. Основной целью медико-социальной работы в наркологии является комплексная социальная помощь, включающая медико-психологические, социально-психологические и педагогические аспекты лицам, страдающим зависимостью, и членам их семей. Социальная работа в наркологии - это не просто появление дополнительных функций у наркологической службы, это кардинальная перестройка всего лечебно-профилактического процесса и профилактической работы. В систему отношений с пациентом в качестве полноправного его партнера, наряду с медицинским персоналом, включается специалист по социальной работе, координирующий деятельность нескольких социальных работников или консультантов[[9]](#footnote-9).

Модель организации социальной работы, в том числе в сфере наркологической помощи, наиболее прогрессивна и эффективна; ее нужно учитывать и осваивать в процессе подготовки кадров социальных работников в России. Направления деятельности специалиста по социальной работе в любой сфере социальной помощи вытекают из его основных функций:

Диагностическая - изучение особенностей личности, семьи, группы, степень и направленность влияния на них микросреды, постановка «социального диагноза»;

Прогностическая - прогноз развития событий, процессов, происходящих в семье, группе, обществе; разработка определенных моделей социального поведения;

Правозащитная - использование законов и правовых актов, направленных на оказание социальной помощи и поддержки клиенту, на защиту его интересов;

Организационная - посредническая помощь в направлении деятельности социальных служб на оказание различных видов социальных услуг населению;

Предупредительно-профилактическая - задействование различных механизмов (юридических, психологических, медицинских, педагогических) предупреждения и преодоления негативных явлений;

Социально-медицинская - своевременная организация работы по профилактике болезней, по преодолению болезненных состояний, по реадаптации после излечения.

Этапы профессиональной деятельности специалиста по социальной работе в сфере наркологии сводятся к следующим:

* Профилактика наркомании (выявление, консультации и т.д.);
* Лечебный (координация деятельности специалиста и медицинские тренинги, семейная терапия организация и участие);
* Реабилитация[[10]](#footnote-10).

Совместно с врачами психиатром, наркологом и психологом специалист по социальной работе участвует в проведении психокоррекционных воздействий, усиливая эффект лечебных мероприятий, оказывая больному социальную помощь. В рамках оказания социальной помощи больным наркологического профиля специалист по социальной работе оказывает помощь в трудоустройстве; решении социально-бытовых проблем; восстановлении нарушенных семейных и социальных связей; содействует включению пациента во внебольничные группы самопомощи и терапевтические сообщества; консультирует пациента по социально-правовым вопросам или организует консультации у соответствующих специалистов, оказывает помощь в оформлении необходимых документов; участвует в разработке и реализации альтернативных программ в системе терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Специалисты по социальной работе в наркологии имеют широкое поле деятельности на условном домедицинском этапе они участвуют в программах первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ как в организованных, так и в неорганизованных контингентах; выявляют лиц, входящих в группы риска, и работают с ними; содействуют в привлечении к лечению лиц, нуждающихся в нем, устанавливают контакт с семьями таких лиц, оказывают им консультативную помощь и иную поддержку. На условном медицинском этапе, когда клиенты оказываются в сфере деятельности медицинских работников, специалисты по социальной работе тесно взаимодействуют с медицинским персоналом. Они принимают участие в специальных тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, организуют семейные группы и участвуют в семейной психотерапии, вместе с клиентами ищут пути решения накопившихся социальных проблем. На условном послемеди-цинском этапе специалист по социальной работе участвуют в дифференцированных программах реабилитации и реинтеграции пациентов, профилактики временной нетрудоспособности и инвалидизации.

Мировая практика свидетельствует о том, что специалист по социальной работе, стремящийся оказать профессиональную помощь своему клиенту, обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области медицины и здравоохранения. Независимо от специализации и рабочего места он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья, выступает в качестве «учителя здоровья».

Целью медико-социальной работы является достижение оптимально возможного уровня адаптации и функционирования лиц с физической, психической и социальной патологией. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации. Объектом медико-социальной работы в наркологии являются различные контингента лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, вызванные злоупотреблением и зависимостью от психоактивных веществ, которые взаимно потенциируют друг друга и их решение затруднительно в объеме односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку они неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной профессиональной деятельности. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки и выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую (в нашем случае наркологическую) специализацию. Исходя из перечисленных выше функций, можно сделать вывод, что деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом учреждении приобретает все более значимую роль. Все больше число программ по реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, разрабатываются и реализуются на практике при непосредственном участии специалистов по социальной работе. В Российской Федерации система профессиональной социальной работы в целом содержательно, функционально и организационно находится на начальной стадии развития. С этим сопряжены определенные проблемы. Мы должны осознавать, что залогом эффективности, да и самой возможности проведения социальной работы в наркологии на системной основе, является поиск и подготовка кадров. Наиболее актуальной в этой связи представляется разработка пакета документов для учебно-методического обеспечения кадров. Требуется не реорганизация, а подлинное создание различных уровней медико-социальной работы в сфере наркологической помощи. Этот процесс активно развивается в последнее время в нашей стране. В частности, началась подготовка специалистов данного профиля высшими учебными учреждениями.

Еще одна первоочередная проблема развитие медико-социальной работы в наркологии с учетом особенностей организации системы здравоохранения и социальной защиты, а также с учетом специфики социально-экономической ситуации в России. В настоящее время делаются только первые шаги в этом направлении. В плане проблемной направленности различных форм медико-социальной работы в наркологии можно выделить:

1) профилактическую медико-социальную работу, нацеленную на предупреждение возникновения наркологических проблем;

2) медико-социальную работу с проблемными лицами, имеющими те или иные очерченные наркологические проблемы, но у которых не выявляются клинические формы наркологических заболеваний, а также проблемы с их микросоциальным окружением;

3) медико-социальную работу с наркозависимыми и их микросредой.

Также немаловажное значение имеет законодательная база, обеспечивающая деятельность специалистов по социальной работе в наркологии. К сожалению, здесь мы имеем дело с незаконченностью формирования и некой неполноценностью общей системы законодательства в данной области. Появляются только первые нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность специалистов по социальной работе в здравоохранении. Однако уже заложенные законодательные основы позволяют рассчитывать на дальнейшую разработку нормативно-правовых документов, которые очертят сферы деятельности специалистов по социальной работе в данной области. Необходимо отметить, что внедрение социальной работы в наркологию является позитивной практикой, поскольку деятельность специалиста по социальной работе должна стать неотъемлемой частью в процессе полноценной реабилитации наркологических больных. Эффективность социальной работы в наркологии в дальнейшем будет только повышаться, и деятельность специалистов станет неотъемлемой частью помощи лицам, нуждающимся в поддержке.

Не менее важным направлением социальной работы с наркозависимыми является так называемая аутрич-работа или уличная социальная работа. Так называемые уличные социальные работники проводят профилактическую деятельность непосредственно в группах так называемых «активных наркоманов». Несмотря на то, что аутрич-работа претендует на выполнение, прежде всего социальных функций, она не имеет ничего общего с профессиональной социальной работой по целому ряду причин. Главная из них это то, что основополагающая роль в аутрич-работе отводится бывшим или настоящим наркозависимым людям. Сразу возникает вопрос: как человек с деформированной психикой, имеющий тяжёлое хроническое заболевание, может эффективно оказывать какую-либо помощь. Скорее можно говорить о его включении в процесс оказания помощи, во взаимодействии и под жестким контролем со стороны специалиста соответствующего профиля, но никак не главного звена в этом процессе, которому всё отдано на откуп. Вторая причина так же важна - концепция программы аутрич-работы кардинальным образом расходится с концепцией практической социальной работы, основной задачей которой является включение, реинтеграция наркозависимых в здоровый социум, а не наоборот. То есть, аутрич-работники делают акцент на объединение нуждающихся в помощи людей по принципу наличия той или иной девиации (наркомания, проституция, бродяжничество и т.д.). Таким образом, выводя социальную работу за рамки нормальных общественных отношений, проводники аутрич-работы, по большому счёту, обрекают и без того немало деформированных людей находиться, развиваться и удовлетворять свои витальные и культуральные потребности за счёт глубоко деформированной общности, группы. Подобные действия выходят далеко за рамки профессиональной социальной работы, поскольку медико-социальная помощь лицам, зависимым от наркотических веществ, и их окружению является одним из наиболее приоритетных направлений социальной работы. В профильных учреждениях наркологической направленности накоплен значительный практический опыт, требующий обобщения, осмысления, и использования с целью оказания медико-социальной помощи лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ.[[11]](#footnote-11)

Эффективная реабилитация лиц страдающих пагубным влечением к наркотикам не может быть реализована только усилиями учреждений системы здравоохранения, в том числе — ее специализированной наркологической службы. Она должна осуществляться только на основе конструктивного постоянного взаимодействия собственно медицинских структур и учреждений служб образования, профессиональной подготовки и переподготовки, занятости, социальной защиты населения, охраны правопорядка, юридической помощи — с четким разграничением сфер их компетенции.

Существует несколько основных направлений совместной деятельности медицинских работников и специалистов по социальной работе для достижения поставленных целей:

* формирование у больного осознанной стабильной мотивации или установки на окончательный отказ на потребление наркотика, на активное включение в реабилитационный процесс;
* осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к наркотику, предотвращение рецидивов болезни;
* редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуальных расстройств развившихся или усугубившихся в процессе болезни;
* укрепление здоровья больного на основе обучения навыкам здорового образа жизни;
* коррекция структуры личности больного для обеспечения позитивного личностного развития;
* повышение уровня социального функционирования больного, формирование или восстановление позитивных семейных и средовых связей;
* достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков системной занятости, образовательно-профессиональной подготовки[[12]](#footnote-12).

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Поэтому имеет смысл, в контексте социальной работы, объединить медицинский и послемедицинский этап работы и обозначить его медико-социальным этапом работы с наркоманами, на котором медики и социальные работники должны действовать сплочённой командой. На этом этапе возникает проблема необходимости преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход, основанный на наборе формализованных профессиональных знаний, и специалистами по социальной работе, действующими другими методами. Сближение позиций возможно как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительные профессиональные знания у социальных работников, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов социально-психологического состояния своих пациентов. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимости является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и социальных работников, прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса, что должно быть закреплено в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в деле реабилитации наркозависимых становится помощь наркоману в осознании особенностей его болезни – он должен помочь человеку, попавшему в зависимость и его семье научится полноценно жить несмотря на эту болезнь, не испытывая чувства вины и обреченности.

В то же время, в связи с указанными выше особенностями наркологических заболеваний, специализированные наркологические учреждения должны взять на себя роль инициатора и координатора организации и осуществления единого ЛРП, определяя необходимый его объем, конкретные формы и методы его реализации, обеспечивая постоянный мониторинг наркологи­ческого и психического статуса больных, при необходимости — их терапевтическую коррекцию, а также динамическую оценку эффективности целевой работы.

Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе постоянного соблюдения специалистами по социальной работе и медиками ряда принципиальных положений (требований) в их совокупности и единстве. Соблюдение этих принципов позволяет начать лечебно-реабилитационный процесс, включив пациента в конкретную целевую программу, удерживать больного в этой программе, обеспечивать его активность в ходе ее реализации и рассчитывать на положительный итоговый результат.

Добровольность участия больного в ЛРП. О принципе добровольности следует сказать отдельно: по отношению к больным с наркотической зависимостью данный принцип может применяться условно, в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей индивида. В том случае, если пациент злостно уклоняется от самостоятельного обращения за медицинской помощью, ведёт асоциальный или антисоциальный образ жизни, грубо социально дезадаптирован, то о добровольности лечения и социальной реабилитации речи идти не может. К сожалению, на сегодняшний день законодательная база, обеспечивающая принудительные меры медицинского характера, очень несовершенна[[13]](#footnote-13).

Целесообразно заключение между пациентом и администрацией реабилитационного учреждения "договора" ("контракта"), имеющего важное организационное, дисциплинарное и психотерапевтическое значение, в котором должны быть указаны права и обязанности сторон, условия пребывания пациента в учреждении, конкретный объем оказываемой помощи, а также причины, по которым возможно досрочное прерывание ЛРП.

Доступность и открытость реабилитационных учреждений. Каждый больной должен иметь возможность — при отсутствии противопоказаний — поступить в любое (независимо от своего места жительства) реабилитационное учреждение (в том числе, без оплаты его пребывания там), а также по собственному желанию прервать ЛРП в любой момент. Реабилитационные учреждения должны быть открыты для любых форм общественного контроля и попечительства.

Доверительность и партнерство. Персонал реабилитационных учреждений должен постоянно прилагать усилия по созданию и поддержанию доверитель­ных отношений с пациентами, атмосферы взаимного уважения и взаимопонимания. Эффективная реабилитация наркологических больных возможна только в случае построения системы партнерства между ними и персоналом, основанной на максимальном взаимодействии, сотрудничестве, откровенном диалоге. Такая реабилитационная атмосфера помогает поддерживать веру больных в выздоровление, в возможность решения сложных личных проблем, достижения достойного места в обществе. Создаваемая в специализированных учреждениях реабилитационная среда должна служить моделью будущей жизни пациента в обществе.

Единство социально-психологических и медико-биологических методов целевого воздействия. Наркологические заболевания у каждого конкретного зависимого состоят из одних и тех же составляющих (биологические и социально-психологические), но удельный вес этих составляющих различен. Одни больные – с биологической предрасположенностью к наркотической зависимости, а другие втягиваются в процесс злоупотребления под влиянием среды, то есть на первом месте у них стоят социально-психологические факторы. Но, тем не менее, независимо от преобладания тех или иных факторов, на всем протяжении реабилитационного воздействия оно должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.

Применяемые в ЛРП различные социально-психологические и медико-биологические методы составляют неразрывное единое целое в плане их взаимодействия и направленности на обеспечение эффективности ЛРП. Приоритетность тех или иных методов определяется индивидуальной спецификой патогенеза и клинической картины болезни, особенностями структуры личности и социального статуса пациентов, а также задачами каждого конкретного этапа ЛРП.

Многообразие и индивидуализация форм (моделей) реабилитационной работы. Успешность реабилитационной работы с различными контингентами больных обеспечивается применением разнообразных организационных форм (моделей) ее в рамках различных по структуре и содержанию деятельности специализированных учреждений. В каждом конкретном случае при выборе такой модели (учреждения или его подразделения) максимально учитывается необходимость индивидуализации построения ЛРП.

Многоступенчатость (этапность) реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации наркологических больных строится поэтапно — с учетом объективной оценки реального состояния конкретного пациента в динамике. Такая оценка должна базироваться на суммарных характеристиках психического, психологического, соматического, социального (семейного, образовательного, профессионального, группового) статуса больного. В совокупности эти данные определяют индивидуальный реабилитационный потенциал (ресурс), позволяющий составить представление о возможностях данного пациента в плане решения основных задач реабилитации. Необходимо создать методики определения различных уровней реабилитационного потенциала — с разработкой критериев их градации, что позволит относить больных к той или иной реабилитационно-диагностической группе, принадлежность к которой, в свою очередь, будет служить основанием для выбора адекватной ему лечебно-реабилитационной программы.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что деятельность специалиста по социальной работе на медико-социальном этапе помощи лицам, страдающим пагубным пристрастием к наркотическим веществам заключается в следующем:

* решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
* организация и участие в специальных психологических тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов;
* организация семейной психотерапии и участие в ней;
* организация и участие в различных программах реабилитации и реадаптации пациентов.
  1. **Основные этапы технологии реабилитации и их содержание с лицами, злоупотребляющими наркотики**

Проблему технологий реабилитационной работы с лицами злоупотребляющими наркотиками, можно рассматривать по следующей схеме:

I. Уровень воздействия;

II. Основные мишени воздействия;

III. Тип терапии;

IV. Основные методы и средства воздействия.

На биологическом уровне воздействия основными мишенями воздействия являются:

* перестройка нейромедиаторных систем, участвующих в формировании потребности в психоактивном веществе;
* перестройка метаболических процессов, которые формируют влечение;
* генетическая предрасположенность.

Тип терапии на этом уровне – биологически ориентированное воздействие, основными методом и средством которого является медикаментозное лечение, то есть использование препаратов, регулирующих нейромедиацию: нейролептики, антидепрессанты, нейропетиды, антиконвульсанты, блокаторы рецепторных систем, транквилизаторы, а также немедикаментозные методы – рефлексотерапия, электростимуляция.

На психическом уровне воздействия основной мишенью является патологическое влечение к наркотическому веществу. Тип применяемой терапии – «психотерапевтически ориентированное воздействие»[[14]](#footnote-14). Основные методы и средства в целом можно подразделить на две главные группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия:

* методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии;
* методы, использующие развивающие личность стратегии.

1.Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам; больной рассматривается как объект воздействий; цель воздействия – изменение поведения; патерналистское отношение к клиенту со стороны терапевта. К наиболее популярным методам этой группы можно отнести:

* суггестивные методы (внушение), их цель воздействия – изменение поведения больного. Что касается современных методов суггестивной терапии, то все большей популярностью пользуется подход, основанный на особой методике введения в транс с помощью специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.
* гипнотерапия, которая очень широко распространилась в нашей стране. Основные проблемы, которые решаются с помощью гипнотерапии – формирование установок, повышение самооценки и уверенности в собственных силах, разрушение нежелательных стереотипов поведения.
* поведенческие, такие как психодрама по Д. Морено. Будучи довольно трудоемкой техникой, она успешно применяется в лечении наркоманов в структуре комплексной психотерапевтической программы.
* игровые методы (ситуационно-психологический тренинг). Собирается группа, определяются темы, разыгрываются роли. Обычно воспроизводится ситуация, которая так или иначе связана с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказаться от наркотика, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков.
* групповые дискуссионные методы – это психотерапевтическое воздействие в малых группах, функционирующих на основе клиентцентрированной терапии. Цель воздействия – выработка группового стиля мышления, улучшение коммуникаций, коррекция образа «Я» и повышение самооценки – все это реализуется за счет, безусловно, позитивного отношения к наркотически зависимому больному, искреннему его принятию и эмпатическому воздействию.

2. Методы развивающего личность характера адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам; больной рассматривается как субъект воздействия; цель воздействия – рост личности, взаимоотношения терапевта и клиента партнерские:

* гештальт-терапия (принцип «здесь и сейчас»). С помощью наркотиков больной стремится уйти от осознания самого себя и самовыражения, гештальт-терапия возвращает его к самому себе, преодолевая защиты, создающие препятствия для личностного развития и достижения зрелости. В результате у клиентов формируется более здоровое и приемлемое существование без наркотиков, то, как они более полно живут в настоящем.
* экзистенциальная терапия – апелляция к высшим ценностным регуляторам и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как смерть, свобода, изоляция.
* «терапия решения проблем» – методика, помогающая клиенту прояснить имеющиеся у него проблемы.
* методика системной интервенции – формирование установок на получение помощи и лечения, заключается в подготовке и осуществлении воздействия на больного, по определенному набору правил, силами наиболее значимых лиц из его окружения.

На социальном уровне воздействия основной мишенью является созависимость (под созависимостью понимают деформацию взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения больного наркоманией – супругов, детей, родителей и других), тип терапии – социально-ориентированное воздействие. Основной методы и средства терапии:

* группы само- и взаимопомощи, разработанная в их рамках программа «12 шагов». Ее плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывает особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируется с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием.

Целенаправленно на данном уровне также осуществляетсясоциальная реабилитация пациентов — разрешаются проблемы получения ими образования, их профессиональной подготовки, трудоустройства, взаимоотношений с административными и правоохранительными органами.

Вышеобозначенные технологии реализуются в сети специализированных реабилитационных учреждений (подразделений) в рамках наркологической службы. Эта сеть включает в себя: амбулаторные реабилитационные отделения с полустационарными подразделениями (ночной или дневной стационар); стационарные реабилитационные центры (отделения), в том числе специальные реабилитационные структуры для наиболее уязвимого контингента — детей и подростков; терапевтические сообщества; реабилитационные общежития ("транзиторные", "переходные" учреждения, "дома на пол-пути").

Реабилитационная помощь оказывается только после прохождения больными обследования и лечения в стационарных клинических наркологических учреждениях (отделениях), включая курс дезинтоксикации, или в амбулаторных лечебных отделениях наркологических диспансеров (специализированных кабинетах).

"Дома на пол-пути" могут использоваться "на входе" в реабилитационную систему — в качестве места временного проживания больных, прошедших детоксикацию, но не определившихся в отношении включения в ЛРП, или нуждающихся в предоставлении жилья и решении вопросов взаимоотношений с органами социальной помощи и правопорядка. После пребыва­ния в таких общежитиях больные могут направляться в амбулаторные или стационарные реабилитационные структуры. Боль­ные могут поступать в "дома на пол-пути" также "на выходе" из реабилитационной системы — после прохождения стационарного лечения — по тем же социальным показаниям, включая необходимость решения проблемы трудоустройства. Отсюда па­циенты могут направляться для работы с ними в амбулаторных условиях.

В единую систему реабилитации пациентов включаются все действующие на данной территориигруппы само - и взаимопомощи наркологических больных, а также их родственников **—** например, работающие по так наз. 12-шаговой программе группы «Анонимных Алкоголиков», «Анонимных Наркоманов», «Ал-Анон», «Нар-Анон», «Алатин», семейные клубы трезвости («Жизнь без наркотиков»), общественные организации, занимающиеся помощью лицам с алкогольными или наркоманическими проблемами и их семьям.

По мнению ведущих специалистов – наркологов психотерапевтическая работа с наркозависимыми – работа трудоёмкая и серьёзная. Самое главное, непременное условие успеха – чем активнее роль самого больного в этом процессе, тем значительнее будет результат. Активность пациентов в рамках программы реабилитации представляет собойсоциотерапевтическую модель их включения в реальную жизнь на новых, позитивно измененных основаниях — в жизнь семьи, в микро- и макросоциальные структуры. Такое моделирование обеспечивается:

1) включением пациентов в повседневную жизнедеятельность реабилитационного центра как терапевтического сообщества;

2) целевыми групповыми занятиями **—** в различных терапевтических развивающих группах, прежде всего использующих технологии ситуационно - и социально-психологического тренинга и семейной психотерапии;

3)стимуляцией деятельности пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций — все более активной по мере продвижения их по «терапевтической лестнице» от начального к завершающему этапу программной работы. Она осуществляется при участии специалистов реабилитационного центра по социальной работе, реализующихфасилитативную (облегчающую, способствующую) и адвокативную (защита интересов пациентов на административном и правовом уровне) функции **—** с отказом от прямого патернализма и гиперопеки.[[15]](#footnote-15)

Необходимо отметить, что во многом успех лечения и социальной реабилитации будет зависеть от скоординированности усилий и врача-нарколога, и специалиста по социальной работе, и самого клиента, а также от правильности выбора технологий лечебно-реабилитационной работы в каждом конкретном случае, от умения эти технологии рационально сочетать.

Успех социальной реабилитации определяется на основе качественных и количественных критериев аналитической оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, основанных на динамически рассматриваемых параметрах реабилитационного потенциала, всех его аспектов (радикалов) — наркологического, соматического, личностного, социального. Особенно важны здесь показатели социального функционирования больного (успешности решения социальных задач) и так называемогокачества жизни, под которым понимается объективная оценка и субъективное восприятие своего положения в жизни в связи с индивидуальными целями, ценностями, ожиданиями, стандартами и проблемами, т.е. соответствие желаемого образа жизни реальному его модусу. При этом рассматриваются такие показатели, как успешность трудовой деятельности, материальное и финансовое благополучие, состояние семейных и межличностных взаимоотношений, особенности общения, занятий в свободное время, наличие и степень значимости правовых проблем и т.д.

**Заключение**

Таким образом, можно сделать вывод, что из проблемы сугубо медицинской наркомания превратилась в проблему общенационального масштаба, постепенно приобретая статус главной угрозы для безопасности страны.

Явление наркомании представляет собой один из составных катализирующих элементов в прогрессивном увеличении преступности и аморального поведения. Факты приобретения дурной привычки к употреблению наркотиков указывают на возможность возникновения психических ситуаций у наркоманов, способствующих совершению того или иного преступления, даже если преступление не является непосредственно результатом употребления наркотиков. Принятие наркотических средств приводит к снижению морального уровня и к порождению склонности ко лжи, неожиданным выходкам, кражам и пр. Более того, лицо, злоупотребляющее наркотическими веществами находясь в состоянии его дефицита, проявляет редкостную целенаправленность, методами которой является нахождение наркотика абсолютно любой ценой, поэтому чаще всего большинство из них оказываются в системе наказания исправительных учреждениях нашей страны.

Необходимо указать на тот факт, что злоупотребление наркотическими веществами представляет собой болезнь, но это особая болезнь, социальная значимость которой очень велика, в решении ее необходима комплексная работа медицинских учреждений и учреждений социальной защиты. Выработка адекватной технологии социальной вспомоществования в связи с вышесказанным представляет собой важнейший шаг в реализации парадигмы социальной помощи по отношению к данной категории клиентов.

Реабилитация по отношению к лицам, злоупотребляющие наркотиками представляет собой систему медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью реабилитации является восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала. Можно констатировать, что социальная реабилитация своей главной целью считает восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала.

Деятельность специалиста по социальной работе на медико-социальном этапе помощи лицам, страдающим пагубным пристрастием к наркотическим веществам заключается в следующем:

* решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;
* организация и участие в специальных психологических тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов;
* организация семейной психотерапии и участие в ней;
* организация и участие в различных программах реабилитации и реадаптации пациентов.

Необходимо отметить, что во многом успех лечения и социальной реабилитации будет зависеть от скоординированности усилий и врача-нарколога, и специалиста по социальной работе, и самого клиента, а также от правильности выбора технологий лечебно-реабилитационной работы в каждом конкретном случае, от умения эти технологии рационально сочетать. Также успех социальной реабилитации определяется на основе качественных и количественных критериев аналитической оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, основанных на динамически рассматриваемых параметрах реабилитационного потенциала, всех его аспектов (радикалов) — наркологического, соматического, личностного, социального. Особенно важны здесь показатели социального функционирования больного (успешности решения социальных задач) и так называемогокачества жизни, под которым понимается объективная оценка и субъективное восприятие своего положения в жизни в связи с индивидуальными целями, ценностями, ожиданиями, стандартами и проблемами, т.е. соответствие желаемого образа жизни реальному его модусу. При этом рассматриваются такие показатели, как успешность трудовой деятельности, материальное и финансовое благополучие, состояние семейных и межличностных взаимоотношений, особенности общения, занятий в свободное время, наличие и степень значимости правовых проблем и т.д.

**Список используемой литературы**

1. Альтушер, В.Б., Надеждин А.В. Наркомания: дорога в бездну – М.,Просвещение,2000. С. 204;
2. Березин, С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. Самарский Государственный Университет. Москва-Самара, 2000 – Интернет библиотека - http://ihtik.lib.ru;
3. Березина, С.В., Лисецкий, К.С. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. Под ред. М.: Институт психотерапии, 2003. С.593.
4. Валентик, Ю.В., Зыков О.В., Сидоров П.И., Цетлин М.Г. Медико-социальная работа в наркологии Архан­гельск, изд. Архангельской гос. мед. акад.- 2007. - С. 301;
5. Валентик, Ю.В., Зыков, О.В., Мартыпеико, А.В., Цетлин, М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: Центр программно-технич. управл. Федер. системы информ. обеспеч. молодежи, 1996, С.353;
6. Гончаренко, В.Л., Мартыненко, А.В., Стародубов В.И. Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи //Здравоохранение Российской Федерации, 1998, № 3. С.50 – 53;
7. Гасанов, Э. Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. М.,1997. С. 175;
8. Гасанов, Э.Г. Антинаркотизм: понятие, направления, проблемы. // Законность.1995.№9. С. 34 – 39;
9. Дудко, Т.Н. Роль социального работника в процессе реабилитации наркологических больных: методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.Е. Пелипас, В.И. Ревенко. М, 1998. - С. 356.
10. Евлампиев, В.С. Принудительное лечение осужденных – наркоманов: Учеб. Пособие. Рязань.,1999. С.247;
11. Захаров В. Социальная работа с героиновыми наркоманами. Технологии лечения и социальной реабилитации. № ND 07 №09-00176 – Электронный адрес: http://www.newdoctor.ru/article.htm Проверено 15.04.2009;
12. Зайнышев, И.Г. Технология социальной работы: Учеб. пособие для ВУЗов М.: ВЛАДОС. 2004. С.203;
13. Иванец, Н.Н. Лекции по наркологии - М.: Нолидж, 2000. С.240;
14. Иванец, Н.Н., Цетлин, М.Г. Концепция реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения М.: Ось – 89. 2008. С.43.
15. Курбатов, В.И. Социальная работа: Учебное пособие – 5-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. С. 480;
16. Лисецкий, К.С., Матынга, И.А. Психология и профилактика ранней зависимости. - Самара: Б.и., 1996. С. 284;
17. Лапко, А.Н. Наркомания как социальное явление // Закон и право, 2004,№9. С.43 – 53;
18. Наркология. Методические рекомендации. М.: Лаборатория базовых знаний, Спб.: Невский диалект,2005. С.503;
19. Федорова, А.В. Наркомания в России: угроза нации (Аналитический доклад, год 2000) Совет по внешней и оборонной политике - Эл. адрес: http://www.narcomania.com/new/index.php?menu\_id=3&pd=2#2#2 Проверено 15.04.2009;
20. Холостова, Е.И.Теория социальной работы: Учеб. пособие для ВУЗов - М.:Юрист,1998. С. 420.

1. Курбатов, В.И. Социальная работа: Учебное пособие – 5-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. С. 248. [↑](#footnote-ref-1)
2. Альтушер, В.Б., Надеждин А.В. Наркомания: дорога в бездну – М.,Просвещение,2000. С.78. [↑](#footnote-ref-2)
3. Березин, С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. Самарский Государственный Университет. Москва-Самара, 2000 – Интернет библиотека - http://ihtik.lib.ru [↑](#footnote-ref-3)
4. Гасанов, Э. Г. Наркотизм: тенденции и меры преодоления. М.,1997. С. 39-40. [↑](#footnote-ref-4)
5. Наркомания в России: угроза нации (Аналитический доклад, год 2000) Совет по внешней и оборонной политике Рабочая группа под руководством А.В. Федорова — Эл. адрес: http://www.narcomania.com/new/index.php?menu\_id=3&pd=2#2#2 Проверено 15.04.2009. [↑](#footnote-ref-5)
6. Курбатов, В.И. Социальная работа: Учебное пособие – 5е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. С.182. [↑](#footnote-ref-6)
7. Иванец, Н.Н. Лекции по наркологии - М.: Нолидж, 2000. С.240. [↑](#footnote-ref-7)
8. Захаров, В. Социальная работа с героиновыми наркоманами. Технологии лечения и социальной реабилитации. № ND 07 №09-00176 – Электронный адрес: http://www.newdoctor.ru/article.htm Проверено 15.04.2009 [↑](#footnote-ref-8)
9. Мокроносов, А.Ф. Функции и роль специалиста социальной работы // Социальная работа М.. 2000. № 8. С.30. [↑](#footnote-ref-9)
10. Никитин, В. А. Социальная работа: проблемы теории и подготовки специалистов. М: МПСИ, 2002. С.61. [↑](#footnote-ref-10)
11. Валентик, Ю.В., Зыков, О.В., Мартыпеико, А.В., Цетлин, М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. — М.: Центр программно-технич. управл. Федер. системы информ. обеспеч. молодежи, 1996, С.20—22. [↑](#footnote-ref-11)
12. Захаров, В. Социальная работа с героиновыми наркоманами. Технологии лечения и социальной реабилитации. № ND 07 №09-00176 – Электронный адрес: http://www.newdoctor.ru/article.htm Проверено 15.04.2009 [↑](#footnote-ref-12)
13. Евлампиев, В.С. Принудительное лечение осужденных – наркоманов: Учеб. Пособие. Рязань.,1999. С.174. [↑](#footnote-ref-13)
14. Лисецкий, К.С., Матынга, И.А. Психология и профилактика ранней зависимости. - Самара: Б.и., 1996. С. 284. [↑](#footnote-ref-14)
15. Иванец, Н.Н., Цетлин, М.Г. Концепция реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения М.: Ось – 89. 2008. С.43. [↑](#footnote-ref-15)