

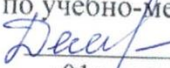
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи,

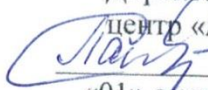
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ, КОРРЕКЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ
«АРИАДНА»

140060 Московская область, Люберецкий район, пос. Октябрьский, ул. Ленина д.1
ИНН 5027092375 КПП 502701001 тел. 558-01-36, факс 558-01-36
эл.почта: mo_gkouariadna@mosreg.ru

«Согласовано»

Заместитель директора
по учебно-методической работе
 Т.В. Дербукова
«01» сентября 2020г.

«Утверждаю»

Директор ГКУ МО
центр «Ариадна»
 Д.Р. Ананянц
«01» сентября 2020г.

Программа
комплексной психолого-педагогической коррекции подростков
с аддиктивными формами поведения
«Остров надежды»

Авторский коллектив:

Директор ГКУ МО центр «Ариадна»

Заместитель директора
по учебно-методической работе

Методист

Педагог-психолог

 Д.Р. Ананянц

 Т.В. Дербукова

Л.С. Фишман

С.Н. Сюрич



Рассмотрено и одобрено для использования
в учебно-воспитательном и коррекционно-
развивающем процессе ГКУ МО центр «Ариадна»
на заседании педагогического совета центра
(протокол №01 от 27.08.2010г.)

пос. Октябрьский
2020г.

Оглавление

№	Наименование раздела	стр.
1	Отзыв по результатам апробации и внедрения в учебно-воспитательный и коррекционно-развивающий процесс программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» в ГКУ МО центр «Ариадна»	6
2	Рецензия доктора педагогических наук, профессора кафедры общей и педагогической психологии ГБОУ ВО МО «МГОУ» Н.А. Рачковской на программу комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»	7
3	Рецензия доктора педагогических наук, профессора, профессора кафедры педагогики и психологии АНО ВО «Открытый гуманитарно-экономический университет» М. А. Лямзина на программу комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»	8
4	Аннотация к программе комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»	9
5	Пояснительная записка к программе комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»	11
6	Научные, методологические и методические обоснования программы	12
7	Обоснование необходимости реализации программы	19
8	Структура и содержание программы	20
9	Описание используемых технологий, методик, инструментария	67
10	Описание сфер ответственности, основных прав и обязанностей участников программы	74
11	Ресурсы, необходимые для эффективной реализации программы	81
12	Сроки и этапы реализации программы	93
13	Ожидаемые результаты реализации программы	93
14	Система организации внутреннего контроля за реализацией программы	94
15	Критерии оценки достижения планируемых результатов	95
16	Сведения о практической апробации программы	97
17	Глоссарий	101
18	Приложение	119

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи,

«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ, КОРРЕКЦИИ И ОБРАЗОВАНИЯ
«АРИАДНА»

140060 Московская область, Люберецкий район, пос. Октябрьский, ул. Ленина д.1
ИНН 5027092375 КПП 502701001 тел. 558-01-36, факс 558-01-36
эл.почта: mo_gkouariadna@mosreg.ru

ОТЗЫВ

по результатам апробации и внедрения в учебно-воспитательный и
коррекционно-развивающий процесс программы комплексной психолого-
педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения
«Остров надежды» в ГКУ МО центр «Ариадна»

Программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» разработана авторским коллективом специалистов ГКУ МО центр «Ариадна» - Д.Р. Ананянц, Т.В. Дербуковой, Л.С. Фишман, С.Н. Сюриным

Программа рассмотрена и одобрена для применения в учебно-воспитательном и коррекционно-развивающем процессе ГКУ МО центр «Ариадна» на заседании педагогического совета центра (протокол №01 от 27.08.2010г.)

В процессе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» с 01.09.2010г. по настоящее время приняло участие 323 несовершеннолетних и 485 родителей (законных представителей) - стационарная коррекционно-реабилитационная помощь. Безрецидивный период ремиссии более 10 лет у 50,4% участников программы. Первичное углубленное психолого-педагогическое обследование и консультирование – 698 чел., амбулаторно-консультативное сопровождение – 127 чел. Безрецидивный период ремиссии для амбулаторных участников программы составляет 72,1%. Общее количество участников – 1633 чел.

Вышеуказанная программа доказала свою эффективность и неоднократно получала положительные отзывы обучающихся и их родителей (законных представителей), принимавших участие в ее реализации. Она успешно внедрена в системный коррекционно-развивающий и реабилитационный процесс ГКУ МО центр «Ариадна», компоненты программы диссемированы в системе общего и профессионального образования, ППМС центрах Московской области и других регионов Российской Федерации.

Заместитель директора
по учебно-методической работе
ГКУ МО центр «Ариадна»

Методист

Педагог-психолог

18.09.2020г.

Т.В. Дербукова

Л.С. Фишман

С.Н. Сюрин

РЕЦЕНЗИЯ

доктора педагогических наук, профессора кафедры общей и педагогической психологии ГБОУ ВО МО «Московский государственный областной университет»

Рачковской Надежды Александровны

на программу комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» в ГКУ МО центр «Ариадна»

Целью рецензируемой программы заключается в развитии и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса.

Рецензируемая программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» – разработана коллективом специалистов ГКУ МО «Центр психолого-педагогической реабилитации, коррекции и образования «Ариадна»» (далее – Центр) с целью осуществления и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на возвращение несовершеннолетних к полноценной жизни в российском обществе на основе восстановления их физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, становления нормативной личности подростков и их социального статуса. Она разработана авторским коллективом специалистов в составе Л. С. Фишман, Д. Р. Ананянц, Т. В. Дербуковой, С. Н. Сюрин и относится к программам психологической коррекции поведения и нарушений в развитии обучающихся. Она успешно применяется в коррекционно-развивающем процессе Центра с сентября 2010 г. по настоящее время.

Одним из главных достижений данной программы является междисциплинарный характер взаимодействия специалистов. Программа отличается от ряда аналогичных программ тем, что кроме комплексного психолого-педагогического сопровождения, все участники обеспечиваются дефектолого-логопедической помощью, проходят курс медицинской и культурно-средовой реабилитации. Еще одним преимуществом данной программы является междисциплинарный характер взаимодействия специалистов, то есть дети и подростки в течение дня получают не только психолого-педагогическую и дефектолого-логопедическую помощь, но и посещают разнообразные мастер-классы, культурно-досуговые мероприятия, музеи и выставочные комплексы, а также проходят комплексную медицинскую реабилитацию: осмотры врачей-специалистов, лечебный массаж, ЛФК, бальнеолечение и др.

Вывод: программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» доказала свою эффективность и неоднократно получала положительные отзывы как участников программы, так и их родителей (законных представителей). Она имеет высокую степень актуальности и неоспоримую практическую значимость в современной российской действительности, рекомендуется для более широкого применения в образовательных организациях с целью психолого-педагогической коррекции и реабилитации соответствующих категорий подростков.

Д.п.н., профессор

.09.2020г.

Н.А. Рачковская

Подпись Рачковской Надежды Александровны удостоверяю

Директор ГКУ МО центр «Ариадна»

Д.Р. Ананянц



Д.Р. Ананянц

РЕЦЕНЗИЯ

доктора педагогических наук, профессора,
профессора кафедры педагогики и психологии
АНО ВО «Открытый гуманитарно-экономический университет»

Лямзина Михаила Алексеевича

на программу комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» в ГКУ МО центр «Ариадна»

Рецензируемая программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения, имеющая говорящее само за себя название – «Остров надежды» – разработана коллективом специалистов ГКУ МО «Центр психолого-педагогической реабилитации, коррекции и образования «Ариадна» (далее – Центр) с целью осуществления и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на возвращение несовершеннолетних к полноценной жизни в российском обществе на основе восстановления их физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, становления нормативной личности подростков и их социального статуса. Она разработана авторским коллективом специалистов в составе Л. С. Фишман, Д. Р. Ананянц, Т. В. Дербуковой, С. Н. Сюрин и относится к программам психологической коррекции поведения и нарушений в развитии обучающихся. Она успешно применяется в коррекционно-развивающем процессе Центра с сентября 2010 г. по настоящее время.

Анализ содержания выше названной программы показывает, что её основными задачами являются формирование у подростков устойчивых антинаркотических установок, повышение их психологической устойчивости к негативным социальным явлениям, расширение сферы положительных интересов и активизация личностного роста подростков, гармонизация системы детско-родительских отношений и формирование конструктивных способов эффективной коммуникации, диагностика и развитие способностей и талантов молодых людей, получение воспитанниками Центра общего образования и основ профессионального образования; интеграция подростков с признаками аддиктивного поведения в систему общественно-полезных видов деятельности.

Следует подчеркнуть, что в процессе реализации данной программы её участники включаются в имитационную игровую деятельность и принимают на себя условные роли «гость», «новичок», «житель дома», «опекун» и другие, что позволяет им адекватно действовать, проявлять свои способности и приобретать социальный опыт общения и взаимодействия с другими людьми, а специалистам – поэтапно вводить и наращивать возможности реабилитационных ресурсов.

Вывод: программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» доказала свою эффективность и неоднократно получала положительные отзывы как участников программы, так и их родителей (законных представителей). Она имеет высокую степень актуальности и неоспоримую практическую значимость в современной российской действительности, рекомендуется для более широкого применения в образовательных организациях с целью психолого-педагогической коррекции и реабилитации соответствующих категорий подростков.

.09.2020г.

Д.п.н., профессор

М.А. Лямзин

Подпись Лямзина Михаила Алексеевича удостоверяю

Директор ГКУ МО центр «Ариадна»

Д.Р. Ананянц



Д.Р. Ананянц

АННОТАЦИЯ

к программе комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» в ГКУ МО центр «Ариадна»

Настоящая программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» разработана авторским коллективом специалистов ГКУ МО центр «Ариадна» с целью развития и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса.

Программа относится к категории программ психологической коррекции поведения и нарушений в развитии обучающихся, основными задачами программы являются:

- ✚ формирование устойчивых антинаркотических установок;
- ✚ повышение устойчивости подростков к различным негативным социальным явлениям;
- ✚ расширение сферы интересов и активизация личностного роста подростков (появление ответственности, правильной оценки своих возможностей, умение правильно строить отношения с окружающими, умение конструктивно решать конфликты, владение эмоциями, духовный рост и т.д.);
- ✚ гармонизация системы детско-родительских взаимоотношений и формирование конструктивных способов эффективной коммуникации в системе «родитель-ребенок»;
- ✚ раскрытие и активизация внутренних ресурсов и талантов, получение воспитанниками центра общего и начального профессионального образования;
- ✚ интеграция подростков с признаками аддиктивного поведения в систему общественно-полезных видов деятельности.

Реализация программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» предполагает прохождение участниками программы следующих этапов: гость, новичок, житель дома, опекун, выпускник, дом на полпути. На каждом этапе используется принцип

поэтапного наращивания реабилитационных ресурсов. В структуре программы выделены следующие компоненты: реабилитационная среда, психологический, образовательный, медицинский и воспитательный.

Программа предназначена для использования педагогами – психологами, специализированных образовательных и реабилитационных учреждений, ППСМС центров, оказывающих превентивную и отдаленную комплексную помощь несовершеннолетним с признаками аддиктивного поведения.

Реализация мероприятий программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» способствует развитию и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса

Вышеуказанная программа доказала свою эффективность и неоднократно получала положительные отзывы участников программы, их родителей (законных представителей).

В процессе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» с 01.09.2010г. по настоящее время приняло участие 323 несовершеннолетних и 485 родителей (законных представителей) - стационарная коррекционно-реабилитационная помощь. Безрецидивный период ремиссии более 10 лет у 50,4% участников программы. Первичное углубленное психолого-педагогическое обследование и консультирование – 698 чел., амбулаторно-консультативное сопровождение – 127 чел. Безрецидивный период ремиссии для амбулаторных участников программы составляет 72,1%. Общее количество участников – 1633 чел.

Программа успешно внедрена в системный коррекционно-развивающий процесс ГКУ МО центр «Ариадна»

Пояснительная записка

Совершенно очевидно, что Россия переживает эпидемию наркомании. Данные отечественного и зарубежного изучения химической зависимости, одной из форм которой и является наркомания, убедительно свидетельствует об омоложении лиц, употребляющих ПАВ, с 17 - 18 лет в начале 90-х годов до 12 - 13 и даже 10-11 лет к 2000 году.

В большинстве профессиональных публикаций на эту аддиктивного поведения, на первое место среди факторов, обуславливающих рост употребления наркотиков, выводятся социально-экономические кризисы, социальные потрясения или просто постоянная тенденция к ухудшению условий жизни. Некоторые исследователи вообще пытаются представить наркоманию как удел «людей дна» или «прихоть элиты». Между тем, внимательное и беспристрастное изучение данных социологических опросов выявляет совершенно другую картину: наркомания поражает огромное количество людей во всем мире, «игнорируя сословия и границы».

Распад социальной системы, обесценивание гуманистических ценностей, разрушение традиций, духовный вакуум обуславливают резкое повышение экзистенциального давления не только на отдельную личность, но и на семью. Семья становится дисфункциональной, она уже не является «контейнером безопасности» для ее членов, не обеспечивает условий для их развития, перестает быть фактором личного благополучия. Все усилия такой семьи сконцентрированы на физическом выживании; причем оказывается, что выжить в одиночку гораздо проще, и многие семьи распадаются. В уцелевших же семьях значительно ослабевают внутрисемейные связи, отношения становятся формальными, семья перестает быть целостной системой. Все это ведет к ранним нарушениям социализации ребенка, задержке развития высших психических функций, поведенческим отклонениям. Ребенок перестает развиваться, становится личностно и социально непривлекательным. Все это формирует «внутренний» духовный вакуум, который никак не компенсируется семьей.

Одиночество в детстве обостряет реакцию группирования в подростковом возрасте; найдя группу, согласившуюся принять его, подросток становится зависимым, в первую очередь, от этой группы. Как правило, он принимает нормы этой группы, не подвергая их критике; и, если группа употребляет ПАВ и совершает

противоправные действия, судьба его predetermined. Таким образом, основными личностно-психологическими качествами зависимого от ПАВ являются остановка развития, потеря свободной воли, утрата контакта с действительностью. Наркоман не участвует в реальной жизни, не контролирует, а зачастую и не осознает свое поведение, не принимает ответственность за его последствия. Вся жизненная активность направлена на достижение единственной цели: употребить наркотик. Цель определяет средства: ложь, вымогательство, воровство, а также более серьезные формы антисоциального поведения, вплоть до вовлечения в криминальную среду и преступную деятельность.

Как известно, химическая зависимость не излечима. В этой ситуации более адекватным является термин «реабилитация».

Принципиально существует три типа реабилитационных систем: само- и взаимопомощи, терапевтическая среда и семейная система. Первый тип неприменим к подросткам, так как навыки само- и взаимопомощи–новообразования более позднего периода развития. Наиболее перспективны программы по принципу терапевтической среды.

Терапевтическая среда является действующей исцеляющей моделью здоровых отношений в обществе и семье и выступает своеобразным инструментом реабилитационного процесса.

Реальная ситуация, сложившаяся в стране со злоупотреблением ПАВ и острейшая потребность в ее изменении диктуют необходимость целостного, комплексного, концептуально осмысленного подхода к решению проблем профилактической, предупреждающей употребление ПАВ, и реабилитационной помощи на основе формирования устойчивого развития личности.

Научные, методологические методические основания программы

Программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» построена на следующих методических принципах:

- ✚ научной обоснованности используемых методик и упражнений основан на удовлетворении требований валидности и надежности;
- ✚ ответственности требует необходимости отвечать за содержание, интерпретацию, правильность проведения методик и упражнений;

- ✚ компетентности указывает на владение методологией, теорией психологии и дефектологии, психодиагностики, углубленной дефектологической диагностики, практическими и методическими умениями и навыками;
- ✚ эффективности предлагаемых рекомендаций требует, чтобы они были полезными для участника программы;
- ✚ системности коррекционных, профилактических, общеразвивающих задач, предполагающего исправление отклонений в общении, нарушений развития (неадекватная самооценка, внешний локус контроля, тревожность), предупреждению возможных трудностей развития, стимулированию развития самосознания, формирование позитивного «образа Я»;
- ✚ «нормативности», который учитывает ведущую деятельность подростков — общение со сверстниками (Эльконин Д.Б., Драгунова Т.В.) и уровень сформированности психологических новообразований — самосознание, «образ Я», локус контроля;
- ✚ «коррекции сверху вниз», который предполагает развитие качественно новых психологических способностей подростка — самосознание, формирование сложной системы самооценок, «образа Я»;

Программа строится на следующих принципах:

- ✚ принцип «нормативности». Учет уровней в структуре пространственных представлений дает возможность более точного определения уровня их сформированности и «зоны ближайшего развития» для ребенка;
- ✚ принцип доступности. Посильность заданий обеспечит их успешное выполнение, что непременно принесет удовлетворение ребенку, а, следовательно, будет формировать положительное отношение к учебной деятельности, что чрезвычайно важно;
- ✚ принцип вербализации. Работа над каждым уровнем предполагает обязательную вербализацию всех представлений;
- ✚ принцип системности. Структура заданий от этапа к этапу усложняется: от наиболее простых топологических, координатных, метрических представлений вплоть до лингвистических представлений (пространство языка), наиболее поздно усваиваемых ребенком;
- ✚ принцип полимодальности. Развивающий эффект достигается за счет привлечения к выполнению задания максимально возможного числа

анализаторов (зрительного, слухового, тактильного, двигательного, кинестетического), комплексная работа которых обеспечивает формирование более устойчивых и правильных пространственных представлений;

- ✚ принцип уважения к личности подростка, общаться с ним искренне и честно, быть открытым; воспринимать как личность, способную справиться со своими трудностями; не опекать, избегать торопить ребенка, но и ничего не делать вместо него.

В рамках реализации комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» используются такие приемы как метод личностной перспективы, анализ конфликтных ситуаций, в которые часто попадает ребенок; личный пример специалиста; формирование учебной мотивации через использование позитивного стимулирования, подчеркивание достижений ребенка; использование наглядных опор в процессе коррекции, комментируемое управление, поэтапное формирование умственных действий, опора на жизненный опыт детей, а также щадящая нагрузка.

При разработке процедуры первичного и динамического психолого-педагогического и дефектологического обследования участников программы были проанализированы работы В.И. Насоновой, Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой, Л.В. Яблоковой, Т.А. Фотековой, Е.А. Порошиной, А.Е. Соболевой, А.О. Дробинской, А.А. Давидович, Г.Р. Новиковой, Ю.В. Микадзе, Н.К. Корсаковой, М.Е. Пермяковой и др. В этих работах авторы рассматривают проблему трудностей в обучении с учетом положения о гетерохронии и индивидуальной неравномерности созревания высших психических функций в онтогенезе и относят школьников с трудностями обучения к группе детей с парциальным отставанием в развитии высших психических функций (ВПФ). Ученые отмечают, что трудности в обучении являются результатом более выраженной, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, неравномерности созревания высших психических функций. Используемые для диагностики состояния высших психических функций современные методики нейропсихологического обследования детей являются адаптированными к детскому возрасту вариантами батареи тестов А.Р. Лурия. Комплексные методики нейропсихологического обследования позволяют диагностировать состояние разных психических функций (методики Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой; Ж.М. Глозман и др., А.В. Семенович, Л.С. Цветковой и др.). Для экспресс-диагностики используются

пробы, которые направлены на изучение одной функции (например, методика «Лурия-90» Э.Г. Симерницкой).

При разработке программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» было использовано учение Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития. Обучение становится развивающим только тогда, когда оно несколько опережает психическое развитие ребенка, поэтому коррекционный педагог должен опираться не только на уровень актуального развития (на сформированные психические функции), но и на зону ближайшего развития.

Данная программа построена на основе возрастного, культурно-исторического и структурно-системного подходов к пониманию закономерностей развития психики и личности ребенка, которые были разработаны Л.С. Выготским, А.Р. Лурия, Д.Б. Элькониным. Основные идеи, являющиеся методологическими основаниями программы:

- ✚ психическое развитие на каждом возрастном этапе подчиняется определённым возрастным закономерностям, а также имеет свою специфику, отличную от другого возраста;
- ✚ состояние развития никогда не определяется только его актуальным уровнем, необходимо учитывать и созревающие функции, или зону ближайшего развития, причём последней отводится главная роль в процессе обучения, т.к. сегодняшняя зона ближайшего развития завтра станет для ребёнка уровнем его актуального развития;
- ✚ среда является источником развития ребёнка;
- ✚ одно и то же воздействие по-разному сказывается на детях разного возраста в силу различных возрастных особенностей обучение является движущей силой развития ребёнка, или «обучение ведёт за собой развитие», но лишь такое обучение, которое связано с зоной ближайшего развития ребёнка;
- ✚ психика ребёнка обладает качественно другими характеристиками, чем психика взрослого человека, и лишь в процессе онтогенетического развития она начинает обладать характеристиками взрослого;
- ✚ психика имеет свою логику развития: более поздние структуры возникают в филогенезе и онтогенезе в результате качественного преобразования более ранних структур;

- ✚ психика человека - феномен культурного происхождения;
- ✚ активность, инициативность и субъектность - важнейшие условия полноценного развития ребёнка.

Л.С. Выготский обобщил работы своих предшественников (Г.Я. Трошина, Э. Сегена, М. Монтессори и др.) и разработал концепцию аномального развития. В основу этой концепции положена культурно-историческая теория психического развития, которую Л.С. Выготский разработал, изучая особенности нормального развития.

Основные положения концепции аномального развития Л.С. Выготского не утратили своего значения до сегодняшнего дня. В 50 - 90-е гг. XX в. они получили развитие в трудах ведущих отечественных ученых Т.А. Власовой, Ж.И. Шиф, В.И. Лубовского, В.В. Лебединского, Е.М. Мастюковой и др.

Вид программы

Настоящая программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» разработана авторским коллективом специалистов ГКУ МО центр «Ариадна» с целью развития и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса.

Программа относится к категории программ психологической коррекции поведения и нарушений в развитии обучающихся, основными задачами программы являются:

- ✚ формирование устойчивых антинаркотических установок;
- ✚ повышение устойчивости подростков к различным негативным социальным явлениям;
- ✚ расширение сферы интересов и активизация личностного роста подростков (появление ответственности, правильной оценки своих возможностей, умение правильно строить отношения с окружающими, умение конструктивно решать конфликты, владение эмоциями, духовный рост и т.д.);
- ✚ гармонизация системы детско-родительских взаимоотношений и формирование конструктивных способов эффективной коммуникации в системе «родитель-ребенок»;

- ✚ раскрытие и активизация внутренних ресурсов и талантов, получение воспитанниками центра общего и начального профессионального образования;
- ✚ интеграция подростков с признаками аддиктивного поведения в систему общественно-полезных видов деятельности.

Программа предназначена для использования педагогами – психологами, специализированных образовательных и реабилитационных учреждений, ППСМС центров, оказывающих превентивную и отдаленную комплексную помощь несовершеннолетним с признаками аддиктивного поведения.

В зависимости от индивидуальных особенностей подростков в структуру занятий включаются игры или упражнения, направленные на развитие коммуникативных навыков, снижение уровня ситуативной и личностной тревожности, произвольное внимание, коррекцию тревожно-фобических проявлений и др. Программа реализуется как в индивидуальной, так в подгрупповой и групповой форме.

Участники программы

Данная программа предназначена для работы с подростками, имеющими эпизодический опыт употребления, а также испытывающих сформированное зависимое употребление ПАВ, прошедших предварительный этап медицинской детоксикации в специализированных лечебных наркологических учреждениях. Для участия в программе ее участники и родители (законные представители) обязательно подписывают добровольное согласие на участие в программе. Участниками программы являются подростки от 14 до 18 лет, нуждающиеся в стационарной коррекции и реабилитации, их родители (законные представители). В амбулаторном режиме осуществляется первичное углубленное психолого-педагогическое обследование и консультирование, а также амбулаторно-консультативное сопровождение. Для каждого участника программы конструируется индивидуальный маршрут реабилитационных мероприятий, который согласуется реабилитационной междисциплинарной бригадой специалистов.

Цель и задачи программы

Центр «Ариадна» рассчитан на 30 человек в возрасте от 14 до 18 лет и осуществляет индивидуально ориентированную разностороннюю помощь несовершеннолетним, злоупотребляющим ПАВ, а так же оказывает помощь образовательным и другим учреждениям по вопросам антинаркотической профилактической работы с несовершеннолетними. Центр представляет собой

стационарный комплекс медицинских, психологических, социальных и образовательных мероприятий, направленных на реабилитацию, ресоциализацию и реадaptацию подростков.




Главная цель программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» заключается в развитии и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса.

Длительность реабилитации определяется необходимостью формирования устойчивых антинаркотических установок, адекватных социальных и психологических навыков.

Реабилитация несовершеннолетних с зависимостью от ПАВ тем более продолжительна, чем тяжелее протекает заболевание, чем к более раннему возрасту относится его возникновение, препятствующее развитию нормативных структур личности и достижению социальной зрелости. Программа предусматривает индивидуальное определение срока реабилитации от 6 месяцев до 1,5 лет.

В процессе разработки и апробации комплексной психолого-педагогической программы был учтен опыт польских Терапевтических Сообществ, как наиболее успешных в восточной Европе в вопросах реабилитации зависимости, и рекомендованные Министерством образования Российской Федерации «Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами».

Задачи комплексной психолого-педагогической программы:

-  формирование устойчивых антинаркотических установок;
-  повышение устойчивости подростков к различным негативным социальным явлениям;
-  расширение сферы интересов и активизация личностного роста подростков (появление ответственности, правильной оценки своих возможностей, умение правильно строить отношения с окружающими, умение конструктивно решать конфликты, владение эмоциями, духовный рост и т.д.);

- ✚ гармонизация системы детско-родительских взаимоотношений и формирование конструктивных способов эффективной коммуникации в системе «родитель-ребенок»;
- ✚ раскрытие и активизация внутренних ресурсов и талантов, получение воспитанниками центра общего и начального профессионального образования;
- ✚ интеграция подростков с признаками аддиктивного поведения в систему общественно-полезных видов деятельности.

Центр работает по принципу терапевтического сообщества, в котором создается терапевтическая среда. Основными ценностями Центра являются добро, доверие, ответственность и безопасность.

Реабилитация несовершеннолетних с зависимостью от ПАВ тем более продолжительна, чем тяжелее протекает заболевание, чем к более раннему возрасту относится его возникновение, препятствующее развитию нормативных структур личности и достижению социальной зрелости. Программа Центра предусматривает индивидуальное определение срока реабилитации от 3 месяцев до 2 лет.

Обоснование необходимости реализации данной программы

Реализация мероприятий программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» способствует развитию и координации образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на достижение основной цели реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса

Вышеуказанная программа доказала свою эффективность и неоднократно получала положительные отзывы участников программы, их родителей (законных представителей).

В процессе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» с 01.09.2010г. по настоящее время приняло участие 323 несовершеннолетних и 485 родителей (законных представителей) - стационарная коррекционно-реабилитационная помощь. Безрецидивный период ремиссии более 10 лет у 50,4% участников программы. Первичное углубленное психолого-педагогическое обследование и консультирование – 698 чел., амбулаторно-консультативное сопровождение – 127 чел. Безрецидивный

период ремиссии для амбулаторных участников программы составляет 72,1%. Общее количество участников – 1633 чел.

Программа успешно внедрена в системный коррекционно-развивающий процесс ГКУ МО центр «Ариадна»

Структура и содержание программы

Программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» реализуется в индивидуальной, подгрупповой и групповой формах. Общий объем программы и период стационарной коррекционно-реабилитационной помощи подросткам и их семьям определяется формой и степенью сформированности зависимого поведения. Структура нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы, коммуникативных навыков определяется в ходе углубленного первичного и динамического психолого-педагогического обследования подростка. Форма зависимости, а также степень сформированности зависимого поведения, наличие психофизиологической зависимости оценивается врачом психиатром-наркологом в ходе первичного обследования, а также динамического наблюдения.

Этапы реабилитационной программы



Принцип поэтапного наращивания реабилитационных ресурсов часто встречается в программах ТС. Обычно программы предполагают не менее 3 и не более 7 этапов реабилитации. У каждого этапа свои цели, задачи и методы достижения целей. Разделение процесса на этапы позволяет наркозависимому постепенно приобрести реальное отношение к себе самому, разобраться в своих проблемах, уменьшить страх, связанный с отказом от ПАВ и отсутствием планов, представлений о будущем, дает возможность открыть и поддержать веру в себя самого через достижение конкретных целей. Постепенно через элементы самоуправления воспитываются и развиваются необходимые социальные навыки. Этапы реабилитации предполагают наименьшую степень свободы и ответственности на начальных этапах и наибольшую степень на завершающих этапах.

Программа Центра предусматривает 6 этапов реабилитационного процесса. Продолжительность этапа ориентировочная, так как освоение навыков на каждом этапе от разных пациентов требует разную степень усилий и затрату времени. Участники с момента прихода в Центр двигаются от первой ступени к высшим, но в отдельных случаях реабилитант может быть понижен на предыдущую ступень. Это, как правило, происходит в случаях грубых нарушений правил Центра. Перевод на следующую ступень осуществляет Совет Дома. При переводе со ступени на ступень реабилитант от Совета Дома получает обратную связь от каждого или большинства членов Совета. Кандидат на следующую ступень отчитывается в следующих достижениях и неудачах на этапе:

- ✚ об освоении и соблюдении правил Центра, трудностях выполнения конкретных правил и принципов;
- ✚ об освоении навыков соответственно ступени, приводя примеры реального использования приобретенных навыков в конкретной жизненной ситуации;
- ✚ о частоте посещений индивидуальных консультаций психолога, своих целей и задач индивидуальной работы с психологом;
- ✚ о работе в малой группе, об усвоенных знаниях и навыках;
- ✚ о достижениях и трудностях в своей образовательной деятельности;
- ✚ о достижениях и трудностях в своем профессиональном обучении;
- ✚ об освоении новых навыков в кружках по интересам;
- ✚ о выполнении своих функциональных обязанностей (для перехода на последние этапы).

Решение о переводе или отсрочки перевода принимает Совет Дома путем голосования. В случае успешного перехода на следующую ступень реабилитант получает поздравления, пожелания от членов Совета Дома.

После перехода, вместе с психологом, в индивидуальном порядке, реабилитант выдвигает новые задания и ставит новые цели перед собой на следующий этап. Степень самостоятельности в процессе определения задач и целей зависит от индивидуальных особенностей, способностей подростка.

1 этап. Гость

Подросток, пришедший в Центр, автоматически является «гостем». Этот этап предназначен для знакомства с Центром, правилами и принципами. Важная задача Сообщества в этом промежутке времени – это мотивация подростка на вхождение в

программу. На этапе «гостя» подросток включается в учебную, трудовую деятельность, строит отношения с участниками программы, присматривается к жизни Центра и определяется в принятии решения о включении в программу.

Развитие мотивации на реабилитацию происходит через наблюдение реальных успехов других реабилитантов, находящихся в Центре, работу с психологом не менее 2 раз в неделю, привлечение в разные кружки по интересам, знакомство с разными профессиональными программами. На этапе «гость» подросток посещает и знакомится с обучением и мастерами разных профессиональных программ, и по окончании этапа выбирает будущую профессию. Уже с первого дня нахождения в центре начинается обучение успеху, создаётся мотивация на успешное обучение в школе. Процессу адаптации в Центре помогает прикрепленный к каждому гостю опекун – участник программы, находящийся на ступени «Опекун», объясняет правила, помогает строить взаимоотношения с группой, делится опытом нахождения в Центре. В случае нарушений правил Центра, гость получает обратную связь (мысли, чувства по поводу произошедшего) от членов сообщества.

«Гость» не имеет право на звонки домой, посещение дома, самостоятельные выходы из Центра. Коммуникация с родителями осуществляется через социального педагога или в дни родительских посещений. Продолжительность этапа: 1 - 2 недели.

Цели этапа:

- + адаптация в центре;
- + формирование мотивации на реабилитацию и принятие осознанного решения на прохождение реабилитации.

Задачи этапа:

- + знакомство с Центром и изучение правил;
- + осмысление принципов Терапевтического Сообщества;
- + признание проблемы зависимости и необходимости изменить жизненную ситуацию;
- + развитие умений и навыков:
 - ❖ вхождения в группу и предъявления себя в группе социально приемлемым способом;
 - ❖ принятия обратной связи от окружающих;
 - ❖ нахождения в других людях позитивных качеств;
 - ❖ принятия решения.

Вышеупомянутые умения и навыки также необходимо развивать в течении всего реабилитационного процесса.

Ожидаемые результаты:

- сформированная собственная, неформальная мотивация на реабилитацию;
- осознание необходимости в помощи со стороны и возможности ее принятия;
- переоценка собственного образа Я;
- интеграция в группе реабилитантов;
- намерение жить по правилам Центра.

2 этап. Новичок

По решению Совета Дома «Гость» переходит на ступень «Новичок» и полноценно начинает функционировать в программе реабилитации. Самым главным критерием для перевода на эту ступень является наличие желания находиться в Центре, мотивация на реабилитацию.

На данном этапе участники программы развивают жизненные навыки, в первую очередь, учатся конструктивно общаться, рефлексировать и управлять своими эмоциями. Включаясь в реабилитационную программу, подросток начинает активно участвовать во всех сферах жизни Центра. Для развития устойчивой мотивации на реабилитацию важной частью является работа в группах по теме «Зависимость». Только в случае признания зависимости и своего бессилия перед ней, активного участия в качественной групповой работе над осознанием личных потерь от употребления ПАВ, возможно формирование устойчивой установки на трезвость и длительная реабилитация подростка. На этапе «Новичок» необходимо усвоить все правила Центра.

«Новичок» не имеет право на звонки домой, посещение дома, самостоятельные выходы из Центра. Коммуникация с родителями осуществляется через социального педагога или в дни родительских посещений.

Продолжительность этапа: 1–2 месяца.

Цели этапа:

- ✚ осознание зависимости и её последствий (на соматическом и психическом уровнях, негативное отражение ее на социальных отношениях и учебе);
- ✚ освоение социально приемлемых форм поведения;
- ✚ повышение качества коммуникации;
- ✚ изменение системы ценностей.

Задачи этапа:

- ✚ развитие умений и навыков:
 - ❖ адаптации и интеграции в группе;
 - ❖ соблюдения правил и принципов Центра;
 - ❖ самоанализа;
 - ❖ эмоциональной саморегуляции и самодисциплины;
 - ❖ высказывания своего мнения;
 - ❖ рефлексии;
 - ❖ проецирования своих чувств на вербальный уровень;
 - ❖ адекватного восприятия обратной связи от окружающих;
 - ❖ опознавания связи между собственным поведением и реакцией других людей на это поведение;
 - ❖ осознания связи между своим эмоциональным состоянием и влечением к ПАВ;
 - ❖ принятия поддержки и помощи;
 - ❖ самообслуживания.

Вышеупомянутые умения и навыки также необходимо развивать в течении всего реабилитационного процесса.

Ожидаемые результаты:

- установка на отказ от ПАВ;
- социально приемлемое поведение в различных ситуациях;
- наличие навыков конструктивного общения;
- изменение системы ценностей.

3 этап. Житель дома

При наличии динамики развития умений и навыков этапа «Новичок», по решению Совета Дома реабилитант может перейти на этап «Житель дома». На данном этапе участники программы обучаются различным социальным навыкам, умению отказываться от предложения употребления ПАВ, способности отстаивать свою позицию, персональные психологические границы и поддерживать дружеские связи. Начиная с этой ступени, подросток берёт на себя определённые функции по обеспечению жизнедеятельности Центра (подробное описание в разделе «Функционал»). Фокус внимания в реабилитации переходит от зависимости и

патологических личностных статусов к собственным возможностям и нормативным личностным статусам.

По окончании этапа «Житель дома» у подростка должно быть достаточно ресурсов, накопленных за время прохождения первых 3 ступеней: успехи в учебе, в освоении профессии, интеграция в группе, опыт уважительного и понимающего отношения к его личности, успехи в реализации социально приемлемого поведения, достижения в занятиях по интересам. Важным показателем динамики реабилитации является наличие личных, теплых, поддерживающих отношений с конкретным человеком из сообщества.

«Житель дома» имеет право на звонки домой. Продолжительность этапа: 3-4 месяца.

Цели этапа:

- + развитие чувства ответственности за собственное поведение;
- + самосознание;
- + освоение и принятие образа жизни, исключающего употребление ПАВ;
- + сформировать единое понимание целей и задач реабилитации реабилитантами и их родителями;
- + совершенствование системы ценностей.

Задачи этапа:

- + развитие умений и навыков:
 - ❖ отстаивания своего мнения, основанного на новой системе ценностей;
 - ❖ конструктивного решения конфликтов;
 - ❖ управления своими чувствами;
 - ❖ взаимообогащающего общения;
 - ❖ постановки целей и стратегии их достижения;
 - ❖ использования альтернативных способов получения радости и удовольствия, исключая ПАВ;
 - ❖ познание и использования собственных творческих способностей и возможностей;
 - ❖ осознание проблем и трудностей в отношениях с родителями.

Ожидаемые результаты:

- ответственность за собственное поведение и поступки;
- расширение представлений о собственной личности и интерес к ней;
- освоение образа жизни без употребления ПАВ и здорового образа жизни;

- улучшение отношений в семье.

4 этап. Опекун

На данном этапе участники программы являются уже носителями здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов. Они ответственны, самостоятельны и готовы оказывать поддержку. В обязанности опекуна входит объяснение правил опекаемому, контроль за выполнением им правил, помощь в самообслуживании, учёбе, индивидуальных терапевтических заданиях. Для поддержки опекунов, не менее чем 2 раза в месяц проходит собрание опекунов – специально организованная групповая работа только для опекунов. Опекун пользуется доверием сообщества – имеет право не только на телефонные разговоры с родителями, а так же на поездки домой и другие мероприятия. По приезду опекуны делятся впечатлениями, трудностями или успехами. Фокус реабилитации уходит от личности реабилитанта к его созидательному отношению к окружающим, к созданию не потребительских отношений с миром. Ответственность за жизнь в центре с каждым этапом растёт и на этапе «Опекуна» достигает наивысшей точки. Помимо этого, важной психологической работой является работа над профилактикой срывов. Продолжительность этапа: 3–4 месяца.

Цели этапа:

- ✚ развитие чувства ответственности за общее дело и окружающих;
- ✚ изменение отношений в семье;
- ✚ профилактика срывов;
- ✚ закрепление нормативной системы ценностей.

Задачи этапа:

- ✚ определение возможных решений проблем в семейных отношениях;
- ✚ развитие умений и навыков:
 - ❖ оказания помощи;
 - ❖ адекватного восприятия обратной связи;
 - ❖ организации и управления;
 - ❖ самопомощи и взаимоподдержки;
 - ❖ сотрудничества с сотрудниками в вопросах организации внутренней жизни и порядка Центра.

Ожидаемые результаты:

- повышение чувства собственной значимости;

- ответственное поведение;
- эффективное сотрудничество с взрослыми и сверстниками;
- улучшение отношений с родителями.

5 этап. Выпускник

На этапе «Выпускника» у участников программы уже практически сформирована нормативная система ценностей и навыки и умения использовать альтернативные ПАВ способы получения радости и удовольствия, осознанное понимание имеющихся личностных ресурсов, стратегий поведения по выходу из программы. Фокус внимания в реабилитации направлен на две сферы: творческий потенциал подростка и профилактику срывов. Выпускник в конце этапа представляет свой творческий проект, соответствующий его личным возможностям и способностям. «Выпускник», так же как на этапе «Опекуна», тесно сотрудничает с сотрудниками в вопросах организации внутренней жизни и порядка Центра и помогает «Гостям» и «Новичкам». Центральной задачей «выпускника» является планирование будущего. Продолжительность этапа: 1–1,5 месяца.

Цели этапа:

- ✚ закрепление и совершенствование нормативной системы ценностей;
- ✚ подготовка к самостоятельной жизни вне Центра.

Задачи этапа:

- ✚ подготовка и реализация творческого проекта, основанного на приобретенной системе ценностей, соответствующего собственным интересам и способностям;
- ✚ определение будущего места работы или учебы;
- ✚ развитие умений:
 - ❖ анализа и систематизирования информации;
 - ❖ разрешения различных вопросов, опираясь на приобретенную систему ценностей;
 - ❖ прогнозирования ситуации и возможных последствий;
 - ❖ креативного решения проблемных ситуаций;
 - ❖ добиваться целей.

Ожидаемые результаты:

- система ценностей как фундамент разрешения различных жизненных ситуаций;

- конкретные и устойчивые планы на будущее и пути их реализации;
- осознание предстоящих трудностей и готовность к поиску путей их преодоления.

6 этап. Дом на полпути

«Дом на полпути» является промежуточным этапом между жизнью в Центре и жизнью дома и используется по необходимости. Эту ступень показано проходить тем подросткам, жизненная ситуация которых по месту проживания нестабильная, угрожающая и может провоцировать срыв (дети алкоголизирующийся родителей; сироты, впервые начинающие самостоятельную жизнь вне учреждений и т.д.). От 3-х до 6-ти месяцев после основной программы выпускники проживают вне Центра под патронажем воспитателя или социального педагога. Они начинают жить самостоятельно, работая или продолжая обучение, при необходимости получая психологическую или другую необходимую поддержку.

В дальнейшем пациенты проживают самостоятельно, сохраняя контакт со специалистами Центра, в соответствии с собственными потребностями.

Цели этапа:

- ✚ адаптация в постреабилитационном периоде;
- ✚ профилактика рецидивов.

Задачи этапа:

- ✚ развитие навыков самостоятельно поддерживать стабильную ремиссию;
- ✚ приобретение опыта трезвой жизни вне Центра.

Ожидаемый результат - стабильная ремиссия.

Компоненты реабилитационной программы



Реабилитационная среда

Реабилитационная среда – это атмосфера доверия, открытости и добра с одной стороны и четкие правила и роли для всех членов сообщества (сотрудников и реабилитантов) с другой стороны. Неотъемлемыми составляющими реабилитационной среды являются ежедневные собрания всех реабилитантов и дежурных сотрудников (утренний, дневной и вечерний Круг), собрание всех реабилитантов и сотрудников (Совет), правила и принципы ТС.

Принципы и правила Центра

Во время пребывания в Центре участник программы обязуется соблюдать:

Принцип «ответственности за безопасность реабилитационной среды»

- Не употреблять и не хранить алкоголь, наркотики и другие химические вещества, способные вызвать состояние опьянения и эйфорию.
- Не курить.
- Каждый член ТС обязан проинформировать Круг или дежурного психолога или воспитателя о замеченных у других участников программы: неадекватном поведении, плохом самочувствии, объявленном (различном способом) желании покинуть Центр, нелегальной корреспонденции, нарушении принципов и правил и т.д.
- Употреблять лекарственные препараты (в том числе прописанные до поступления) только по назначению врача Центра в процедурном кабинете.

- Не употреблять жевательную резинку, а также продукты питания, нейтрализующие или ликвидирующие запах сигарет и алкоголя.
- Не приносить еду в комнаты. Прием пищи должен происходить только в столовой, в предусмотренное для этого время.
- Не иметь при себе и не хранить никакого оружия, режущие и колющие предметы.
- Не нарушать конфиденциальности пребывания в Центре других участников программы.
- Не иметь при себе индивидуальных средств связи (радиотелефонов, пейджеров и т.п.), а также наличных денег, ценных вещей, аудио- и видеотехники.
- Не покидать территорию Центра без сопровождения и разрешения дежурного сотрудника или Совета.

Принцип сексуальной абстиненции

- Не вступать в сексуальные отношения.
- Не заходить в секции и душевые комнаты участников программы противоположного пола.
- Не мешать отдыху участников программы и не заходить в другие комнаты после отбоя.

Принцип отказа от агрессии

- Не допускать физической агрессии, насилия и подстрекания к агрессии других. Запрещается использовать угрозы, нецензурные выражения и провокации.

Принцип «отказа от наркотического прошлого»

- Не имитировать изготовление и употребление наркотиков.
- Не надевать одежду и украшения, не использовать косметику явно напоминающие наркотическое прошлое.
- Не слушать музыку, ассоциирующуюся с прошлым.
- Не смотреть телевизор, не слушать радио и магнитофон, не пользоваться фото- и видеоаппаратурой без разрешения дежурного психолога или воспитателя.
- Не играть в азартные игры (карты, кости и т.п.).
- Встречи с друзьями не предусмотрены.

- Телефонные звонки родителям разрешены на заключительных этапах реабилитационного процесса, в присутствии дежурного психолога или воспитателя.
- Для остальных воспитанников телефонная связь с родителями поддерживается через социальных педагогов.

Принцип подчинения

- Каждый участник программы обязан принимать во внимание все замечания, советы и рекомендации, данные на Совете, а также полученные участников, находящихся на продвинутых этапах терапии и сотрудников Центра.
- Решение Совета для участников программы является обязательным для выполнения.

Принцип активности

- Соблюдать распорядок дня и в обязательном порядке посещать все реабилитационные мероприятия, предусмотренные Программой реабилитации. Освобождение от занятий допускается только по медицинским показаниям с письменного разрешения врача.
- Стараться быть готовым помочь другим участникам реабилитационной программы, оказать поддержку, и подбодрить. Лозунг – «помогая другим, помогаешь себе».
- Брать на себя ответственность за различные стороны жизнедеятельности Центра.
- Активно участвовать во встречах и обсуждениях, которые касаются каждого жителя Центра.
- Стараться, чтобы участие в жизни Центра было творческим, полным инициативы и успеха.
- Соблюдать правило бережного отношения к материальным ценностям.
- Беречь предметы повседневного использования, заботиться об общем имуществе и не позволять уничтожать или разрушать его.

В случае невыполнения вышеуказанных принципов Совет, в каждом конкретном случае, решает вопрос о последствиях, вплоть до исключения из Центра.

Принципы и правила являются обязательными для всех. Хотя освоение основных правил должно происходить в начале реабилитации, работа над соблюдением правил и принципов проводится в течении всего реабилитационного процесса. Разъяснение правил происходит как на Круге, так на групповых занятиях и в рамках индивидуальных консультаций. За освоение правил на начальных ступенях отвечает не только реабилитант, но и его «опекун». В сложных случаях, Круг или Совет может назначить дополнительных опекунов из числа реабилитантов и сотрудников.

Меры влияния

В случае нарушения правил Круг или Совет принимает общее решение о мере воздействия. Мера воздействия должна соответствовать следующим критериям.

1. Мера влияния или воздействия должна решать терапевтическую задачу, т.е. помогать решать ту проблему, которая лежит в основе нарушения.
2. Мера влияния является заданием, а не наказанием.
3. Мера воздействия не должна оскорблять или унижать человека.
4. Мера воздействия должна быть адекватной нарушению.
5. Мера воздействия должна быть принята всеми членами Круга или Совета.
6. Мера воздействия должна быть реализована в ближайшее время.

Совет Центра

Совет является высшей властью в Центре. В состав Совета входят все воспитанники Центра и все сотрудники. Право голоса имеют все сотрудники и воспитанники, достигшие последних этапов реабилитации.

Совет Дома решает следующие вопросы:

- принимает решения по функционированию Центра, определяя задачи и нормы, обязательные для всех;
- зачисление реабилитанта в реабилитационную программу;
- перевод участников программы с этапа на этап;
- отчисление реабилитанта из программы;
- дает обратную связь участникам программы;
- разбирает конфликты, которые не удалось урегулировать на «Круге»;
- разбирает чрезвычайные ситуации;
- решает вопрос о возвращении выбывшего из программы участника;
- анализирует ситуацию, процессы, происходящие в Центре;

Совет проводит психолог или представитель администрации, имеющий высокий авторитет среди реабилитантов. Советы проводятся 1 раз в две недели или по мере необходимости. При необходимости каждый участник программы имеет право созвать Совет. Секретарь Совета – участник реабилитационной программы – ведет протокол Совета.

Функциональные обязанности реабилитантов и службы Центра

Начиная с третьего этапа («Житель дома») за каждым воспитанником закрепляются функциональные обязанности, которые позволяют усвоить необходимые социальные навыки и обеспечивать жизнедеятельность терапевтического сообщества.

Функционал назначает и оценивает Круг. Функциональные обязанности воспитанник несет до того момента, как он освоил необходимые социальные навыки. Тем не менее средний срок несения функции -2 месяца. Передача функциональных обязанностей происходит на Круге.

Первый функционал - служба охраны Центра.

Начальник службы охраны координирует действия службы охраны.

В службу охраны входят 2-4 человека из числа реабилитантов. В обязанности службы охраны входит:

- внимательно следить за порядком и дисциплиной участников программы, за соблюдением ими принципов и правил Центра;
- следить за гигиеной и внешним видом участников программы;
- проводить досмотр вещей у прибывших и покидающих Центр и досмотр передач от родителей;
- контролировать отбой и совершать ежевечерний обход;
- пресекать провоцирующие разговоры о ПАВ;
- регулярно информировать Совет о ситуации в Центре;
- в случае необходимости принимать участие в предотвращении побегов или поисках вместе с сотрудниками.

Второй функционал - хозяин дома.

Хозяин дома имеет следующие обязанности:

- при необходимости представлять Центр на мероприятиях вне Центра;
- знакомить детей, проходящих психолого-медико-педагогическую комиссию с Центром и принципами жизни в Центре;

- обеспечивать чистоту и порядок в Доме;
- распределять работу по уборке Дома;
- проверять чистоту в комнатах;
- отвечать за оформление Центра к праздникам;
- встречать приезжающих в Центр гостей, проводить им экскурсии по дому, обеспечить их размещение.

Третий функционал – шеф кухни.

В функционал шефа кухни входят следующие обязанности:

- следить за порядком и чистотой на кухне;
- назначать дежурных по кухне и следить за качеством выполнения их работы;
- выполнять указания шеф-повара;
- следить за наличием средств гигиены;
- следить за эстетическим оформлением столовой;
- обеспечивать подготовку угощения для встреч с родителями;
- организовывать питание приезжающим в Центр гостям.

Четвёртый функционал - хозяин территории.

Хозяин территории обязан:

- обеспечивать чистоту и порядок на территории;
- совместно с сотрудниками распределять хозяйственные работы по территории;
- проверять качество выполнения работ по территории.

Пятый функционал организатор спорта.

Организатор спорта обязан:

- обеспечивать проведение утренней зарядки;
- помогать воспитателям в организации и проведении спортивных мероприятий.

Шестой функционал шеф прачечной.

Шеф прачечной обязан:

- обеспечивать своевременную смену белья;
- обеспечивать комплектацию постельного белья;
- проводить машинную стирку вещей участников программы по необходимости;
- гладить бельё и обеспечивать порядок в прачечной, если глажкой личных вещей занимаются другие.

Седьмой функционал – информатор.

Информатор готовит сообщения о новостях в мире и погоде.

Восьмой функционал секретарь Совета Дома.

Секретарь Совета Дома обязан:

- вести протоколы Совета;
- хранить протоколы Совета и предоставлять их при необходимости.

Психологический компонент программы реабилитации

Психологический компонент программы содержит разные способы интервенции и влияния на реабилитанта. Только разноплановая, индивидуально распланированная работа может обеспечить ожидаемый результат. К значимым психологическим компонентам программы относятся следующие мероприятия.

«Круг» (собрание участников реабилитации). На нем обсуждаются все текущие проблемы, решаются организационные вопросы, разбираются претензии участников программы друг к другу и конфликты, даётся обратная связь. «Круг» (утренний, дневной и вечерний) проводятся ежедневно совместно психологами и воспитателями и учат детей выражать свои чувства и мысли, конструктивно решать конфликты, планировать время. Такое собрание создает чувство единения со всем сообществом. Вечерний круг несёт ещё одну специфическую функцию – совместное чтение «молитвы» или философии Центра, которая напоминает об общих для всех целях, ценностях сообщества, сплочивает группу.

Малая группа. Это одна из форм групповой психокоррекционной работы. Каждый психолог ведет свою малую группу. Число участников – от 5 до 10 человек. Малая группа работает по программе, а так же отзывается на актуальные потребности группы. Программа занятий малых групп содержит такие темы, как: зависимость, самовыражение, профилактика срывов, умения конструктивной коммуникации, умения поддерживать отношения, оказывать и принимать помощь и т.п.

Тренинги. Развивают у участников программы навыки, необходимые для успешной адаптации в обществе, формируют способность конструктивного общения с социальным окружением.

Индивидуальные консультации. Психолог проводит индивидуальные консультации с участниками программы своей группы не менее 2-х раз в неделю на 2 начальных этапах, и 1 раз в неделю на последующих этапах. Одна из основных трудностей проведения индивидуальных занятий – это отсутствие мотивации на их посещение и установочное негативное отношение к взрослому. В связи с этим, на

начальном этапе работы с подростком устанавливается контакт, заполняется его история жизни, делается все, чтобы выстроить доверительные отношения и сформировать интерес к своей личности и создавшейся жизненной ситуации. И только после этого, вместе с подростком вырабатывается индивидуальный план реабилитации, где описываются его основные трудности и способы их решения. Только после того, как у ребенка с психологом возникнут доверительные отношения, после того, как он сам осознает пользу от индивидуальных занятий, подросток начинает испытывать потребность в общении с психологом и можно работать над решением поставленных задач.

Релаксация - различные формы релаксации проводятся по мере необходимости для снятия излишнего напряжения участников программы.

Работа с родителями

Индивидуальные консультации. Каждый психолог ведет работу с родителями воспитанников своей группы по индивидуальным планам, которые составляются с учетом индивидуальных планов реабилитации детей и результатов диагностики детско–родительских отношений, которая проводится на родительских группах. Основная цель работы с родителями – формирование адекватной семейной атмосферы для участников программы в постреабилитационный период. Сложнейшая проблема этой работы – это отсутствие заинтересованности части родителей в судьбе детей. По этой причине только небольшая часть родителей посещают индивидуальные консультации регулярно. Мотивировать родителей на психологическую работу не всегда удаётся.

Семейные группы. При принятии подростка в Центр, родители (или лица их заменяющие) автоматически становятся участниками реабилитационного процесса и обязаны посещать и активно участвовать в группе поддержки для родителей. Данные группы проходят с периодичностью 1 раз в две недели и длятся 2 часа. На группе родитель имеет возможность получить информацию по вопросам зависимости, последствий употребления ПАВ, предотвращения и мер предупреждения срывов, влияния семьи на развитие личности ребенка и т.д. Также группа поддержки помогает развивать навыки, необходимые для конструктивного диалога со своим ребенком-подростком.

Цели родительской группы:

- ✚ изменение отношения родителей к проблеме своих детей и помощь в осознании своей ответственности в изменении сложившейся ситуации;
- ✚ изменить взгляд родителя на свою семейную ситуацию и сделать максимально невозможным возврат к прежней системе отношений в семье;
- ✚ нормализация детско-родительских отношений.

Задачи родительской группы:

- ❖ информирование родителей о проблемах детской зависимости от ПАВ;
- ❖ улучшение понимания родителями своих семейных проблем и формирование новых способов функционирования;
- ❖ улучшение понимания родителями своего ребенка, особенностей и закономерностей его развития;
- ❖ выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов.

Преимущества групповой работы

Одно из главных преимуществ психологической работы в группе является то, что групповой опыт противодействует отчуждению, которое может возникнуть при индивидуальной работе с психологом. В группе родителей человек обнаруживает, что его проблемы не уникальны, что и другие переживают сходные трудности.

Группа способна отразить общество в миниатюре. В группе моделируется система взаимоотношений, характерная для реальной жизни, а это дает участникам возможность увидеть и проанализировать в безопасных условиях психологические закономерности общения и поведения.

Группа дает возможность воссоздать конкретные жизненные ситуации, например, разыграть сцену привычного семейного конфликта и представить различные варианты разрешения этого конфликта, проиграть различные стратегии поведения.

Участники группы имеют возможность получения обратной связи и поддержки от людей со сходными проблемами.

Работая в группе, ее участник получает возможность овладеть новыми поведенческими навыками, возможность экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров. Если в реальной жизни подобное экспериментирование всегда связано с риском непонимания и неприятия, групповое занятие – это «психологический полигон», где можно попробовать вести себя иначе,

чем обычно, «примерить» новые модели поведения, научиться по - другому относиться к себе и к людям.

В группе участники могут идентифицировать себя с другими, «сыграть» роль другого для лучшего понимания его и себя, возникает эмоциональная связь, сопереживание, эмпатия.

Группа помогает самораскрытию, самоисцелению и самопознанию.

Структура занятий

1. Ритуал приветствия – позволяет спланировать участников группы, создавать атмосферу группового доверия и принятия.
2. Основное содержание занятия – представляет собой совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на информирование, формирование социальных навыков, динамическое развитие группы.
3. Рефлексия занятия – предполагает обмен мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось – не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).
4. Ритуал прощания – способствует завершению занятия и укреплению чувства единства.

Методы групповой работы

Обсуждение в группах – позволяет участникам поделиться своими мыслями, впечатлениями и чувствами в рамках определенной темы. Дискуссия – каждый участник высказывает свое мнение по той или иной теме на основании своих знаний и опыта. Это обмен мнениями. «Мозговой штурм» - хороший способ включения всех членов группы в работу на основе свободного выражения своих мыслей по рассматриваемому вопросу. Дискуссии и «мозговые штурмы» ценны тем, что позволяют участникам думать, подробно рассказывать о собственных выводах, выслушивать самые различные мнения других.

Обучение практикой действия – это ролевые игры, проигрывание ситуаций, практические занятия, самостоятельное исследование. Ролевые игры – это небольшие сценки произвольного характера, отражающие модели жизненных ситуаций, позволяющие наработать опыт поведения в ситуациях, в которых могут оказаться подростки или их родители.

Коллективные, групповые задания – групповой поиск выхода из предлагаемой ситуации. Ситуация – это описание события, факта, истории, в которой содержится конфликт.

Лекция – наиболее быстрый способ предоставления необходимой информации. Используется непродолжительно с использованием наглядных пособий, что помогает запоминать и усваивать информацию.

Аудио - визуальные средства – фильмы, аудиозаписи. Позволяет эмоционально пережить информацию, идентифицируясь с героями.

Образовательный компонент программы реабилитации

Несовершеннолетние, включаемые в программу реабилитации, как правило, имеют не только стойкую социальную, но и школьную дезадаптацию. Она диагностируется у них чаще по факту академической неуспеваемости, отклоняющемуся девиантному, асоциальному поведению. Реабилитируемые, находящиеся в Центре, получают возможность продолжать свое образование в Центре. Важным является вопрос о методологических подходах и принципах прогнозирования школьной успешности/неуспешности несовершеннолетних в рамках реализуемой реабилитационной программы. Для решения возникающих при этом задач образовательный процесс должен носить личностно-ориентированный характер, обеспечивать использование дифференцированных разноуровневых образовательных программ и учитывать влияние на процесс обучения следующих факторов:

- ✚ педагогическая запущенность, связанная с утратой учебной мотивации, длительным переживанием статуса отстающего ученика, сопровождающимися попытками самоутверждения в других формах деятельности, замещающих обучение (личностно-мотивационная дефицитарность);
- ✚ академическая неуспеваемость, связанная с тем, что дидактические требования, предъявляемые ребенку не соответствуют уровню зрелости его интеллектуальных функций, обеспечивающих обучение; доминируют признаки неразвитости интеллектуальных процессов, определяющих целенаправленность, познавательную активность (интеллектуальная дефицитарность, связанная с задержанным возрастным психическим развитием);
- ✚ наличие сопутствующих пограничных психических расстройств, которые определяют временные состояния риска учебной неуспеваемости по состоянию здоровья.

Решение задач начинается с диагностики. Несовершеннолетние, включаемые в программу реабилитации, имеют не только стойкую социальную, но и школьную дезадаптацию. В Центре используются тесты или небольшие вопросники, разработанные преподавателями Центра по основным темам того или иного предмета, школьный тест умственного развития (ТУР), а также используется тест Е.А. Климова по пяти типам профессий: «Человек-техника», «Человек-человек», «Человек-природа», «Человек-знаковая система», «Человек-художественный образ».

Приоритетным направлением образования в Центре является получение общего и начального профессионального образования.

Содержание и организация образовательного процесса

Содержание обучения определяется следующими нормативными документами: Государственным образовательным стандартом, базисным учебным планом Центра, учебными программами, учебниками и учебными пособиями. Учебные планы ежегодно утверждаются Министерством образования Московской области и корректируются согласно его рекомендациям.

Нравственный потенциал

Осмысление целей и смысла своей жизни. Усвоение ценностей «отечество», «культура», «любовь», «творчество», «самоактуализации», «субъективность», «здоровый образ жизни». Наличие чувства гордости за принадлежность к своей нации, за свою Родину. Знание и понимания основных положений Конституции Российской Федерации. Понимание сущности нравственных качеств и черт характера окружающих людей, толерантность в их восприятии, проявление в отношениях с ними таких качеств, как доброта, честность, порядочность, вежливость. Адекватная оценка своих реальных и потенциальных возможностей, уверенность в себе, готовность к профессиональному самоопределению, самоутверждению и самореализации во взрослой жизни.

Познавательный потенциал

Наличие желания и готовности продолжить обучение после Центра, потребность в углубленном изучении профессии и избранной области знаний, а также к самообразованию.

Коммуникативный потенциал

Формирование индивидуального стиля общения; владение разнообразными коммуникативными умениями и навыками, способами поддержания эмоционально устойчивого поведения в кризисной жизненной ситуации.

Эстетический потенциал

Умение строить свою жизнедеятельность по законам гармонии и красоты; потребность в посещении театров, выставок, концертов; стремление творить прекрасное в учебной, трудовой, любимой досуговой деятельности, поведении и отношениях с окружающими; проявление индивидуального своеобразия в восприятии и созидании красоты.


Физический потенциал

Стремление к физическому совершенству; умение подготовить и провести подвижные игры и спортивные соревнования среди сверстников; привычка ежедневно заниматься физическими упражнениями и умение использовать их в улучшении своей работоспособности и эмоционального состояния.

В соответствии с программой реабилитации образовательный процесс начинается с физического и духовного воспитания, формирующего в воспитанниках следующие черты характера: выносливость, выдержку, мужество, социальные эмоции, смелость, решительность.

Образовательный процесс осуществляется через вариационные, индивидуально подобранные программы, разработанные и реализуемые Центром на основе базовых программ общеобразовательной школы и стандартов НПО в зависимости от психосоматического состояния воспитанника. Начальные этапы коррекции проводятся в форме индивидуальных занятий. Переход к групповой форме обучения и воспитания осуществляется по мере рекомендаций психологов и изменения личностных характеристик воспитанника, развития коммуникативных навыков.

Типы реализуемых программ:

-  начальное профессиональное обучение по следующим профессиям:
 - повар,
 - парикмахер,
 - оператор швейного оборудования,
 - маляр (строительный),
 - садовник;

- ✚ основное общее образование;
- ✚ среднее (полное) общее образование.

Профессиональная ориентация и образовательные программы реализуются с учетом особенностей психического развития, возраста воспитанников и медицинского заключения.

Цели программ: Овладение определенной областью знаний с достижением уровня образованности, обеспечивающего получение соответствующей профессии.

Достижение указанной цели осуществляется с помощью решения следующих конкретных задач:

- формирование осознанной мотивации на включение в образовательный процесс и последующее продолжительное участие в нем;
- обеспечение овладения воспитанниками содержанием образования, ориентируясь на уровень интеллектуального и реабилитационного потенциала;
- использование возможностей гуманитарных дисциплин для реабилитации духовной сферы личности;
- создание благоприятных условий для творческой деятельности в области профильных дисциплин;
- формирование и развитие у воспитанников профессиональных навыков.

Решить эти задачи, можно только научив детей, быть активными в учебе для этого мы развиваем:

- общеучебные навыки;
- элементы самообразования;
- элементы творчества;

Добиваемся расширения кругозора в процессе учебы, учим применять ассоциативные методы запоминания, формируем критическое отношение к учебе.

Организация образовательного процесса осуществляется в Центре через традиционную форму производственного и теоретического урока, а так же внеклассные мероприятия, проводимые в рамках «Месячника знаний». Большое внимание в организации образовательного процесса уделяется развитию интереса к процессу учебы для этого мы:

- ✚ дробим материал для облегчения процесса обучения;
- ✚ используем медленное чтение для лучшего понимания;
- ✚ учим воспитанников выполнять домашние задания;
- ✚ приучаем к прояснению непонятных слов;
- ✚ приобщаем к использованию дополнительной литературы;
- ✚ приучаем сравнивать разные источники информации.

Непосредственное реабилитационное воздействие предполагает работу по двум взаимосвязанным блокам:

- ❖ I блок — развитие высших психических функций и умственных способностей воспитанников;
- ❖ II блок — коррекция эмоционально-личностных особенностей воспитанников.

Позитивная динамика в развитии учащихся возможна только при соблюдении системности, постепенности и этапности непосредственного реабилитационного воздействия и проходит по плану, представленному в таблице:

Этапы реабилитационно - образовательной работы	Развитие высших психических функций и умственных способностей младших школьников	Коррекция эмоционально-личностных особенностей учащихся
1	2	3
1 этап	Развитие зрительно-предметного и фонематического восприятия, сферы образов-представлений	Поиск индивидуальных, предпочитаемых каналов и сфер взаимодействия с окружающим миром
2 этап	Развитие пространственного и зрительно-пространственного восприятия; оптико-конструктивной деятельности	Восстановление доверия к миру через восстановление принятия себя и нормализацию отношений с ближайшим окружением
3 этап	Развитие произвольного внимания и его свойств	Раскрытие потенциальных возможностей и
4 этап	Развитие зрительно-предметной памяти, зрительной памяти на символы, слухоречевой памяти	актуализация их в учебной ситуации

5 этап	Развитие речемыслительных, мыслительных процессов обобщения, анализа и синтеза	Развитие познания и эмоционально-волевой регуляции с постепенным переходом от внешней мотивации принуждения к внутренней мотивации деятельности Оказание помощи самими воспитанниками учащимся, находящимся на предыдущих этапах реабилитационного
--------	--	---

Медицинский компонент реабилитации

Медико-социальная реабилитация наркологических больных является одной из основных проблем наркологии. У этого контингента больных достаточно быстро проявляются признаки сомато-неврологических и психических нарушений вплоть до деградации, наступает социальная дезадаптация. Использование сугубо медицинских методик восстановления таких больных оказывается малоэффективным для возвращения их к полноценному функционированию в семье и обществе. В результате в короткие сроки наступают рецидивы болезни, приводящие к отрицательной динамике со всеми вытекающими последствиями личностного и социального характера. Поэтому возникла необходимость сочетанного и поэтапного использования лечебных и реабилитационных мероприятий и технологий.

В медицине реабилитация — это комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне; это восстановление больного как личности и члена общества, возвращение его в семью, социум и к общественно полезному труду.

В отличие от дефиниции «реабилитация» под лечением понимается совокупность медицинских мероприятий, направленных на устранение патологических процессов, развивающихся в больном организме, а также на устранение или облегчение страданий больного человека (например, в наркологии — дезинтоксикация, лечение психотических, постабстинентных, эмоциональных расстройств и т.д.).

Несмотря на существенные различия между понятиями «реабилитация» и «лечение» на практике при многих заболеваниях, в том числе и в наркологии, они представляют взаимосвязанный лечебно-реабилитационный процесс. Реабилитация неотделима от медикаментозного, физиотерапевтического и психотерапевтического

воздействия, она начинается на возможно ранних этапах лечения, практически, с первых контактов больного с медицинским персоналом. В свою очередь лечение, особенно в наркологии, фактически применяется на всех этапах реабилитации. Интеграция этих близких, но самостоятельных направлений медицины, обеспечивает максимально эффективную помощь больному.

В связи с изложенным следует признать правомерность использования понятия «лечебно-реабилитационный процесс» (ЛРП) наряду с понятием «реабилитация». ЛРП или реабилитация представляет собой сложную медико-социальную систему, образующих функциональную целостность, способную к развитию, интеграции, самодетерминированности и адаптации. Эффективность этой системы во многом зависит от конструктивной взаимосвязи медико-биологических и психосоциальных методов работы с больными, обеспечивающих единство лечебных и реабилитационных мероприятий, как в условиях реабилитационного центра, так и амбулаторного приема.

Цель реабилитации в наркологии состоит в максимальном восстановлении физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их нормативных личностных и социальных качеств. Цель достигается путем осуществления комплекса последовательных мероприятий, заключающихся в следующем:

- ✚ в устранении патологических проявлений основного заболевания;
- ✚ в максимально возможном восстановлении в определенные оптимальные сроки физического и психического здоровья больного;
- ✚ в восстановлении или формировании личностных и социальных качеств больного, его способности полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ, вызывающих наркологическое заболевание;
- ✚ в обеспечении постреабилитационной психологической и социальной поддержки больного, направленной на предотвращении рецидивов заболевания и стабилизацию его социального статуса.

Реабилитационный потенциал, уровни реабилитационного потенциала

Реабилитация (лечебно-реабилитационный процесс — ЛРП) наркологических больных, в отличие от реабилитации больных при других заболеваниях, имеет свои особенности. В результате злоупотребления ПАВ наркотического ряда у больных не только формируется собственно наркологическое заболевание, а также сомато-

неврологическая патология, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства, но и неизбежно возникают значительные нарушения личности — нравственные, мировоззренческие, социальные, ценностной ориентации, степень и направленность волевой регуляции поведения, социофобии и др.

В связи с этим под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии понимается медико-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. Для достижения цели используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий.

Основные составляющие реабилитационного процесса (РП) могут быть условно разделены на 4 блока:

- ✚ преморбид (медицинский компонент);
- ✚ клинические особенности заболевания наркоманией (медицинский компонент);
- ✚ особенности социального статуса и социальных последствий наркомании (психологический, воспитательный и образовательный компонент);
- ✚ личностные особенности больного (психологический и воспитательный компонент).

В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные наркоманией могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП). УРП — это дефиниция, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного.

УРП — это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии заболевания и социального функционирования больного, меняющаяся в зависимости от интенсивности и долгосрочное ЛРП.

РП больного не остается на постоянном уровне, он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления им той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление наркотиков.

В связи с изложенным, если трактовать состояние больного, пользуясь предложенной дефиницией УРП, образуется четко обозначенная стратегическая позиция осуществления ЛРП, позволяющая дифференцировано и оптимально использовать потенциальные адаптационные и компенсаторные возможности больного и РС, лечебно-реабилитационных программ и технологий.

Дифференциация больных наркоманией по уровням РП — высокий, средний, низкий, — позволяет разделить потоки наркологических больных с учетом тяжести заболевания и медико-социальных последствий наркотизации, обосновать их направление в то или иное реабилитационное учреждение, а также определить продолжительность и объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

Высокий уровень реабилитационного потенциала

Для больных с высоким уровнем РП характерно (I блок) отсутствие наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативное психическое и физическое развитие, хорошие или удовлетворительные условия воспитания.

Клиника наркомании (II блок) проявляется относительно поздним началом употребления наркотиков, коротким сроком заболевания (до 1 года), преимущественно интраназальным или пероральным способом употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам, мононаркоманией, отсутствием передозировок ПАВ и суицидальных тенденций. Симптомы наркотического абстинентного синдрома, в том числе и опийного, характеризуются низкой интенсивностью, они нивелируются в течение 2-3 дней.

Постабстинентные расстройства не выражены или проявляются в виде кратковременной астенической симптоматики. Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретенные в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, ЗППП, туберкулёз, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, выявляется достаточно аргументированное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в ЛРП

носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста (Б-мотивы — по А. Маслоу), т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать общественные морально-этические принципы и т.д.

Социальный статус (III блок) характеризуется достаточной устойчивостью в основном нормализованных семейных отношений (конфликты, как правило, носят ситуационный характер), вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт), отсутствием судимости или вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры.

Изменения личности у больных с высоким реабилитационным потенциалом (IV блок) не характеризуются выраженными стойкими нарушениями. Морально-этические отклонения находятся в тесной взаимосвязи с собственно наркоманическим радикалом и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания, что может свидетельствовать о проходящем, нестойком характере таких нарушений. Интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения у этой группы больных фактически отсутствуют.

Таким образом, у больных с высоким УРП выявленные нарушения в основном касаются II блока РП, т.е. клиники начальной стадии наркомании. Морально-этические отклонения носят транзиторный характер; они плотно связаны с динамикой заболевания и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания.

Средний уровень реабилитационного потенциала

У больных со средним уровнем РП в преморбиде (I блок) может определяться наследственная отягощенность по прямой или восходящей линии родителей. Воспитание осуществлялось нередко в неполной семье; материальное положение семьи среднее или плохое; интерперсональные отношения членов семьи часто неровные. Могут отмечаться задержки физического или психического развития, девиантность поведения, нарушения сексуальной сферы, легкая внушаемость и прочее.

В клиническом блоке (II блок) чаще всего выявляется начало употребления наркотиков в подростковом периоде, продолжительность заболевания — от 1 года до 3 лет. Наряду с периодическим видом влечения к наркотикам часто наблюдается и постоянное влечение, особенно в периоды рецидивов заболевания. Наркотический

абстинентный синдром (НАС) и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность. НАС продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства — до 2 месяцев. Определяются единичные случаи передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома. Терапевтические ремиссии непродолжительны (1-3 недели). Спонтанные ремиссии если и наблюдаются, то они, как правило, копоткие и неустойчивые. У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и зависимость от него. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: гепатиты, ЗППП. Из приобретенных психопатологических нарушений отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в ЛРП носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов (Д-мотивы) — это желание избавиться от болезненных проявлений НАС (а не от наркотиков), получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания.

В III блоке (социальном) среднего уровня реабилитационного потенциала у больных отмечаются постоянные, а порой и неразрешимые конфликтные отношения с родителями. Больные отличаются трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой с замкнутостью, мотивационной неустойчивостью и прочее. Обычно такие больные плохо учатся, часто прогуливают занятия, имеют проблемы с правоохранительными органами. Круг социальных интересов узкий, однообразный.

Для IV блока (личностные особенности) характерно морально-этическое снижение средней тяжести. Преобладают эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность и пр. Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков. В своей же семье, особенно в присутствии беззащитной матери, они отличаются цинизмом, неуступчивостью, агрессивностью, не контролируют свои эмоции, способны к разрушительным действиям. Как правило (100%) воруют деньги и ценности из дома, делают долги, скрываются от своих кредиторов. Им присуще непостоянство интересов. Этому контингенту больных трудно быть ответственными за свое поведение, трудно принять лично значимое решение, не

связанное с наркотиками, и реализовать его. Стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями «начать действовать», «прекратить фантазировать».

Низкий уровень реабилитационного потенциала

При низком уровне РП у большинства больных выявляется отягощенная наследственность наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников. Нередко они воспитываются в неполных семьях среднего или низкого материального положения. Отношения в семье чаще были неровными или конфликтными, семья и окружение алкоголизированно. Нередко воспитание проходило в условиях гиперопеки со стороны родителей или разведенной матери. Естественно, что в такой среде физическое и, особенно, психическое развитие осуществлялось с задержками, а порой и с выраженной патологией. В анамнезе у таких больных часто отмечается инфантилизм, невротическое развитие личности, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение. Употребление алкоголя в детском возрасте.

Во II блоке (клиническом) УРП преобладает раннее начало злоупотребления ПАВ (12-15 лет); продолжительность заболевания более 3 лет; в основном отмечается параллельное злоупотребление разными ПАВ. Вид влечения к наркотикам — постоянный. Наркотический абстинентный синдром (опийный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (его продолжительность 9-12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств — до 2-3 месяцев. Очень часто имеют место суицидальные мысли и действия в период существования НАС или в ремиссии.

Спонтанные ремиссии отсутствуют, в основном наблюдаются короткие терапевтические или вынужденные ремиссии. Употребление алкоголя в период заболевания наркоманией комбинируется с употреблением наркотиков; нередко отмечается болезненная зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания. Как правило, эти больные не верят в

возможность выздоровления и нормализацию социального положения. Поэтому мотивация на участие в ЛРП в основном проявляется недобровольным согласием, основанным на прагматических мотивах (Д-мотивы): избежать преследования, наказания, получить «поддержку», выгоду.

Для III блока (социальный статус) низкого УРП характерно проживание у родственников второго порядка — бабушка, дедушка, тётя и др. или в государственных учреждениях опеки. Семейные отношения постоянно конфликтные или неразрешимо конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности, что часто приводит к прекращению каких-либо отношений если не с двумя родителями, то с одним из них (обычно с отцом). Как правило, больные не учатся. Отношение к учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, хотя чисто формально они склонны заявлять, что «надо учиться», «надо получить образование» и пр.

В IV блоке (личностные особенности) УРП у этих больных отмечаются выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение, а также грубые аффективные нарушения. Ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих становятся характерными чертами личности. Интересы преимущественно сосредоточены на наркотиках. Все виды памяти снижены; отмечается торпидность мышления; ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания; преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость. Больные стремятся к уединению и покою, испытывая единственное желание — добыть новую дозу наркотика. В эмоциональной сфере преобладают подавленное настроение, ипохондричность, аффективная неустойчивость и депрессия, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

Таким образом, у больных с низким УРП отмечаются: развернутая или тяжелая стадия наркомании, раннее начало и многолетнее злоупотребление наркотиками параллельно с другими ПАВ, выраженная соматическая патология, асоциальный образ жизни, средняя или тяжелая степень деградации личности по наркоманическому типу. Образуется своеобразный наркоманический дефект шизоидного, психопатоподобного или психоорганического типа. Большинство вышеописанных нарушений (морально-этических, интеллектуально-мнестических, аффективных) приобретает стабильность. Только продолжительные лечебно-реабилитационные мероприятия способны

уменьшить их выраженность и в определенной мере придать им транзиторный характер.

Этапы, технологии и условия реализации лечебно-реабилитационного процесса

Лечебно-реабилитационный процесс — как сложная медико-социальная система, опирается на целый ряд принципов, находящихся во взаимосвязанных функциональных отношениях. В этой связи принципы последовательности, преемственности (этапности) и комплексности ЛРП предполагают осуществление объективно обоснованного перехода от медицинских к медико-психологическим и далее к психосоциальным мероприятиям. **ЛРП может быть условно разделен на следующие этапы: восстановительный и собственно реабилитационный.**

Восстановительный (преимущественно медицинский) этап направлен на лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической наркотической интоксикацией — психотические нарушения, наркотический абстинентный синдром, постабстинентные расстройства. Порой они проявляются в весьма тяжелой форме и представляют угрозу жизни больного. Кроме того, такие больные нуждаются в специальном клиническом и лабораторном обследовании. Поэтому обязательным, является предварительное лечение состояний острой интоксикации ПАВ, абстинентных и постабстинентных расстройств, а также специальное медицинское обследование (общий анализ крови и мочи, анализ крови на ВИЧ, RW, ЭКГ).

Чаще всего на этом этапе преимущественно у больных со средним и низким УРП могут проявляться психопатологические нарушения: обострение патологического влечения к ПАВ, астенические (неврастенические), эмоциональные (депрессии, дистимии), поведенческие (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) расстройства.

Второй этап реабилитации (интеграционный) — представляет собой интеграцию в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты.

Третий этап реабилитации (стабилизационный) — направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели — восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество.

Пациенты с высоким УРП

Привычное микросоциальное окружение пациента не исключает возможности контактов с лицами, продолжающими злоупотребление наркотиками, сохраняется опасность «провокационных» действий со стороны последних. Часто на адаптационном и интеграционном, а иногда и на стабилизационном этапах ситуационно или аутохтонно возникает обострение влечения к наркотику, что вызывает необходимость назначения наряду с блокаторами опиидных рецепторов, средств подавляющих влечение к психоактивным веществам — нейролептики в течение 2-4 недель, а также антидепрессанты — 4-5 недель, антиконвульсанты — 2-4 недели. В ряде случаев назначается пирогенная терапия, физиотерапия.

На адаптационном и интеграционном этапах чаще всего у лиц, злоупотребляющих психостимуляторами, наблюдаются эмоциональные расстройства в виде неглубоких депрессий и дистимий.

В этих случаях требуется назначение антидепрессантов, бромкриптина, ноотропов и аминокислот, при нарушениях сна малых доз нейролептиков, антиконвульсантов, физиотерапии. Продолжительность лечения зависит от состояния конкретного больного, составляя в среднем 2-2,5 месяца.

Пациенты со средним УРП

У больных со средним уровнем реабилитационного потенциала, как правило, длительно сохраняются патологическое влечение к наркотику и астенические (неврозоподобные) состояния, а также эмоциональные расстройства. Лечение этих состояний принципиально не отличается от описанного выше у больных с высоким УРП, однако терапевтические мероприятия проводятся более интенсивно с использованием парентерального (внутримышечно, внутривенно) введения лекарственных средств с учетом выраженности и терапевтической резистентности имеющихся психопатологических нарушений.

Кроме того, на адаптационном и интеграционном этапах реабилитации, в условиях стационара у больных нередко возникают поведенческие расстройства, связанные с декомпенсацией психопатий и «нажитой» психопатизацией личности.

Своевременное выявление этих расстройств и их интенсивное лечение позволяет удерживать больных в реабилитационной программе. С этой целью назначаются нейролептики («корректоры поведения») — в нарастающих дозировках до достижения терапевтического эффекта. В дальнейшем дозы этих препаратов снижаются до

поддерживающих. Используются также антиконвульсанты, курсовая пирогенная терапия.

Коррекция интеллектуально - мнестических расстройств с помощью медикаментозных средств может проводиться на всех трех этапах реабилитационного процесса.

Пациенты с низким УРП

Контингент больных с низким реабилитационным потенциалом характеризуется максимальной выраженностью клинических синдромов, характерных для лиц, страдающих наркоманией. Это обстоятельство постулирует необходимость длительного (на всех этапах реабилитации), интенсивного и комплексного медикаментозного лечения, направленного на максимально возможную редукцию психопатологических расстройств.

Медицинская помощь в рамках реабилитационного центра

На всех этапах реабилитационной работы с несовершеннолетними, злоупотребляющими психоактивными веществами всегда возможно обострение патологического влечения к психоактивным веществам, полностью не редуцирующееся даже при длительных ремиссиях. Кроме того, очень часто наблюдаются астенические (неврастенические), аффективные (депрессии, дистимии) и поведенческие (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) расстройства, а при некоторых видах злоупотребления психоактивными веществами - выраженное интеллектуально-мнестическое снижение. Все эти клинические особенности предполагают необходимость включения в реабилитационные программы комплекса сугубо медицинских мероприятий, которые должны сочетаться с психокоррекционными, воспитательными, образовательными и социотерапевтическими мероприятиями.

Медицинский компонент в процессе реабилитационной работы с несовершеннолетними, злоупотребляющими психоактивными веществами направлен на профилактику срывов и рецидивов, дезактуализацию патологического влечения к психоактивным веществам, нормализацию соматического статуса, нормализацию неврологического статуса, нормализацию психического статуса, в том числе коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, коррекцию поведения и восстановление нарушенных функций. Эта направленность определяет конкретные инструменты воздействия.

Первичный прием

Психиатр-нарколог входит в состав психолого-медико-педагогической комиссии и участвует в первичном приеме пациентов и родителей. На этом этапе задачами врача-нарколога являются:

1. Получение всей доступной информации от самого ребенка, родителей и/или сопровождающих лиц, а именно о:

- ✚ составе семьи, наследственной отягощенности,
- ✚ условиях проживания, обстановке в семье,
- ✚ том, как протекали беременность и роды у матери,
- ✚ раннем детском развитии, посещении ДДУ, какие сложности возникали в этом периоде,
- ✚ окружающей обстановке, интересах, круге общения, привычном распорядке дня,
- ✚ посещении и успеваемости в школе,
- ✚ времени начала, интенсивности, особенностях употребления ПАВ,
- ✚ известных фактах девиантного и деликвентного поведения,
- ✚ состоит ли на учете в медицинских учреждениях,
- ✚ проведенных лечебных мероприятиях и их успехе,
- ✚ наличии и особенностях мотивации на лечение.

2. Оценка физического и психического состояния ребенка путем беседы, физического осмотра, на основе представленной медицинской документации и результатов проведенного психологического тестирования.

3. При необходимости, проведение тестирования мочи на наличие в ней наркотических веществ или слюны пациента на наличие алкоголя.

4. Постановка предварительного диагноза.

5. Решение вопроса о наличии медицинских показаний и противопоказаний для поступления. Противопоказаниями к проведению реабилитации является наличие:

- ✚ выраженной алкогольной, наркотической или иной интоксикации или осложненного абстинентного синдрома;
- ✚ препсихотических и психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными эффективно-волевыми нарушениями;
- ✚ декомпенсированных форм психопатий и невротических расстройств с фобиями, тревогой и т.п.
- ✚ выраженного суицидального риска (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей и т. п.);

- ✚ олигофрении или деменции;
- ✚ выраженного антисоциальный характер поведения больного, подтвержденного анамнестическими сведениями;
- ✚ сопутствующих тяжелых заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

6. Консультации по медицинским вопросам на этапе подготовки пациента к поступлению в Центр.

Поступление в Центр

Первичная детоксикация проводится в наркологических медицинских учреждениях.

При поступлении проверяются результаты анализов, медицинская карта, карта прививок, справки и выписки из истории болезни. Пациенты проходят тщательный санитарный и врачебный осмотру (психиатр, нарколог и педиатр), заполняется история болезни.

Далее, осмотр психиатром, наркологом и педиатром производится регулярно для оценки состояния несовершеннолетнего, клинической динамики и внесения необходимых корректив в индивидуальный реабилитационный план.

Психотерапевт проводит психотерапевтическую беседу с целью выявления положительной мотивации на реабилитацию и в случае необходимости укрепления ее.

Реабилитационный процесс

В течение всего времени пребывания пациента в Центре медицинский персонал осуществляет:

- ✚ проведение поэтапного лечения:
 - лечение осложнений, вызванных длительным злоупотреблением ПАВ;
 - подавление влечения к ПАВ;
 - предупреждение рецидива заболевания, вызванного злоупотреблением ПАВ;
- ✚ динамическое наблюдение за поведением подростков, выявление признаков диссимуляции и аггравации;
- ✚ проведение профилактических бесед;
- ✚ консультации специалистов, дополнительное обследование, анализы по необходимости;

- ✚ изоляцию пациентов по эпидемиологическим или иным (необходимость постоянного наблюдения, обострение влечения к ПАВ и т.д.) показаниям;
- ✚ направление в стационары для лечения острых или обострений хронических заболеваний;
- ✚ лечебное питание для предупреждения обострений соматических заболеваний (желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы);
- ✚ контроль калорийности и соответствия питания возрастным потребностям подростков;
- ✚ контроль физического развития подростков;
- ✚ медицинское информирование в области предупреждения ЗППП, ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- ✚ контроль санитарного состояния Центра, пищеблока.

Фармакотерапия

Фармакологическая коррекция несовершеннолетних, злоупотребляющими психоактивными веществами является важным фактором процесса реабилитации. Злоупотребление психоактивными веществами характеризуется целым рядом системных расстройств. Происходит кардинальная перестройка в системе обмена веществ, обуславливающая действие стержневого механизма формирования зависимости - патологического влечения к психоактивным веществам.

Токсические эффекты психоактивных веществ приводят к поражению мозга и различных внутренних органов, потере иммунитета. Нарастают негативные изменения личности, характера, эмоциональной сферы, поведения. Потребление психоактивных веществ, особенно внутривенным путем, приводит к широкой распространенности среди наркозависимых таких опасных заболеваний, как вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. Кроме того, сопутствующие психические нарушения высоко распространены среди несовершеннолетних и молодежи, злоупотребляющих психоактивными веществами.

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ) –10 медицинский компонент при реабилитационной работе с несовершеннолетними и молодежью, злоупотребляющими психоактивными веществами может иметь дифференцированную реализацию в зависимости от нозологии, условий реабилитации и преобладающего синдромального расстройства. Стандартизация данного процесса осуществляется в соответствии Приказами Минздрава России (№ 500-2003г, № 140 -

1998г). В реабилитации несовершеннолетних медицинский компонент описан в методическом пособии: Валентик Ю.В., Булатников А.И. «Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами» (см. приложение № 1).

Физиотерапия

В рамках реабилитационного процессе осуществляются следующие физиотерапевтические мероприятия:

- а) сауна,
- б) массаж,
- г) ТЭС-терапия (комплекс «Трансаир»,
- д) комплекс Бослаб,
- е) гидротерапия (гидромассаж),
- ж) лечебная физкультура,
- з) иммунотерапия,
- и) диетотерапия,
- к) фитотерапия.

Медицинское информирование в области предупреждения ВИЧ-инфекции и СПИД

Синдром приобретенного иммунодефицита - СПИД. Его вызывает вирус иммунодефицита человека - ВИЧ, который приводит к снижению иммунитета. Этой болезни можно избежать, если вести определенный образ жизни, который, прежде всего, заключается в ответственности в сексуальной жизни и безопасном сексуальном поведении, а также в отказе от внутривенного употребления наркотиков. Образовательные мероприятия, опирающиеся на информирование молодых людей на эту тему, облегчают им выбор правильных решений, что в значительной степени может затормозить процесс распространения вируса СПИД.

Медицинское информирование в области ВИЧ/СПИД преследует следующие цели:

- ✚ предоставление информации при помощи средств, отвечающих уровню развития несовершеннолетнего;
- ✚ искоренение и объяснение мифов, связанных со СПИДом;
- ✚ обеспечение сочувственного и терпимого отношения без предубеждений к лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита. Исследования зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД в ряде западных стран показали, что не

отмечено ни одного случая заражения, которое было бы следствием повседневных контактов с больным или инфицированным;

- ✚ помощь несовершеннолетним в понимании зависимости между различным поведением, связанным с сексом, употреблением психоактивных веществ и угрозой СПИДа;
- ✚ помощь несовершеннолетним в формировании собственного отношения к этим проблемам и системы ценностей, которые могут обеспечить принятие решений, касающихся их собственной жизни;
- ✚ уменьшение опасений и страхов перед СПИДом.

Воспитательный компонент реабилитации

Для реализации воспитательного компонента реабилитационной работы с несовершеннолетними, злоупотребляющими психоактивными веществами, в Центре используются такие инструменты воздействия, как:

- ✚ приобщение несовершеннолетних к труду, учебе, творческой деятельности, спорту;
- ✚ поэтапная адаптация в условиях реабилитационного учреждения;
- ✚ контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в учебе;
- ✚ нормативная организация досуга, формирование гармонически развитой нормативной личности;
- ✚ помощь в восстановлении нормативных семейных отношений и социальных связей;
- ✚ помощь в решении социально-бытовых проблем;
- ✚ содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении.

Приобщение несовершеннолетних к труду (трудотерапия) - неотъемлемая часть жизни в Центре, включает в себя ежедневную работу по поддержанию чистоты и порядка в Центре и прилегающей к нему территории (уборка спальных комнат, учебных кабинетов, спортивных залов, столовой и др. помещений). На территории Центра имеется сад и огород, участники программы обрабатывают почву, выращивают овощи, ягоды, собирают и перерабатывают урожай. Ежедневная работа на улице предусматривает: весной и летом – работу в саду и огороде, осенью и зимой – уборку территории от мусора, снега, льда.

Для реализации творческой деятельности подростков в Центре имеются различные виды кружков и спортивных секций, которые выбираются самими воспитанниками по желанию.

Кружки

- ✚ изобразительного искусства;
- ✚ танцевальный;
- ✚ актерское мастерство;
- ✚ оригами;
- ✚ рукоделие;
- ✚ кулинария;
- ✚ компьютерный.

Секции

- ✚ баскетбол;
- ✚ волейбол;
- ✚ теннис;
- ✚ плавание;
- ✚ коньки, лыжи.

Каждый участник программы занимается в нескольких кружках и спортивных секциях (не менее 3-х), при выборе которых им оказывают помощь психологи, воспитатели и соц. педагоги после проведения определенной работы по выявлению характера и способностей воспитанника.

Такая групповая творческая деятельность имеет своей целью определенные изменения в состоянии и социальном поведении подростка, позволяет выполнять следующие задачи:

- повышение самооценки и укрепление личностной идентичности подростка;
- оказание взаимной поддержки членами группы, что позволяет решать общие проблемы;
- развитие важных социальных навыков, адаптации к групповым нормам;
- укрепление веры в себя, оптимизация коммуникации нормативный личностный рост;
- обретение в творчестве самого себя, признание своей индивидуальности, значимости.

Важной составляющей воспитательного компонента является разработанная в Центре **Программа по культурному развитию** воспитанников, целью которой является формирование гармонически развитой нормативной личности. Программа включает в себя систематическое посещение театров, выставок, музеев, концертных залов, праздничных вечеров. Администрацией Центра заключены соглашения с театрами и концертными залами Москвы на просмотры воспитанниками спектаклей, не реже 1 раза в месяц. В программу включены посещения Третьяковской галереи, Большого Кремлевского дворца, Бородинской панорамы, экскурсии по историческим местам Москвы и др.

С целью создания позитивной эмоциональной атмосферы в коллективе воспитанников проводятся **совместные досуговые мероприятия**, такие как:

- празднования дней рождения;
- выезды на спортивные соревнования в качестве болельщиков;
- ежегодные апрельские вечера встреч с выпускниками Центра, на которые приезжают бывшие воспитанники реабилитационного Центра со своими родителями, детьми и близкими;
- выезды на природу в летнее и зимнее время года;
- поездки по историческим местам Подмосковья и паломнические поездки по святым местам.

Одним из ведущих направлений в реабилитационной работе с несовершеннолетними, злоупотребляющими психоактивными веществами, является **спортивная работа**.

Физическое воспитание предусматривает коррекцию физического развития воспитанников, а также способствует укреплению здоровья, нервной системы, совершенствованию функций организма, формированию нормативно-нравственных черт личности. В соответствии с рекомендациями врача составляются планы и ограничения по физкультуре для каждого воспитанника. В спортивно-оздоровительную программу Центра входит:

- ежедневная утренняя зарядка;
- уроки физкультуры;
- занятия в спортивных секциях (волейбол, баскетбол, теннис, плавание, лечебная физкультура, коньки, лыжи);

- баскетбольные и волейбольные товарищеские встречи с учащимися других образовательных учреждений.

Для ослабленного организма подростка, злоупотребляющего психоактивными веществами, занятия спортом имеют огромное значение:

- укрепление сердечно-сосудистой, легочной систем организма;
- приобретение навыка содержания тела в чистоте;
- закаливание организма;
- профилактика соматических заболеваний;
- получение эмоционального удовольствия;
- смена социального окружения;
- снятия стресса и др.

Общее количество времени, отводимого на занятия физкультурой и спортом - не менее 5 часов в неделю.

Духовно-нравственным воспитанием наркозависимых подростков в Центре занимаются психологи, воспитатели, социальные педагоги по программам, цели и задачи которых:

- создание мотивации у подростка к трезвой жизни, к длительному сотрудничеству с реабилитационным Центром;
- преодоление отрицания болезни;
- способствование активному обретению нравственно-христианских ценностей;
- осознание необходимости упорной работы самого пациента.

Большую помощь в этой работе оказывают священники Храма Рождества Богородицы с.в. Мячково, которые еженедельно посещают Центр и проводят с воспитанниками беседы на различные темы.

Воспитательный компонент программы включает в себя работу социальных педагогов, психологов, воспитателей **по ликвидации социальной дезадаптации детей**, поступающих в Центр. Безысходная жизненная ситуация, в которую они попадают, практически прекращает их социальное развитие (уровень образования низок, затрудняется профессиональная ориентация и овладение специальностью, возможны проблемы с законом, уровень социальной интеграции низок).

Социальные педагоги, работающие в Центре, являются основными посредниками между ребенком, Центром и семьей, специалистами различных социальных служб и ведомств. Они оказывают воспитанникам помощь:

- в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;
- в содействии в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после окончания срока реабилитации в Центре;
- в консультировании по правовым вопросам;
- в социальной работе с родственниками детей по вопросам созависимости;
- в обеспечении информацией о лечебных и наркологических учреждениях, общественных организациях, занимающихся проблемами наркомании и др.

Тематическое планирование вводного курса духовно-ориентированной терапии

1. Понятие мира

- 1.1. Мир физический и мир духовный /вопрошающий диалог/.
- 1.2. Две модели истории Вселенной /дискуссия на тему: «Эволюция или творение/.
- 1.3. Изменение мира после грехопадения человека /огласительная беседа с точки зрения Библии/

2. Есть ли смысл нашей жизни?

- 2.1. Зачем я живу? Кто Я? /рисунки на тему: «Мой обычный суточный круг» с обсуждением, беседа на тему: «Кто есть Я?».
- 2.2. Жизнь – трудная задача / рассуждение о «кресте», беседа о понимании смысла жизни в разных религиях/.
- 2.3. Бессознательная и сознательная жизнь / дискуссия о влиянии на подсознание + мини-сочинение «Мой смысл жизни»/.

3. Свобода поступков человека

- 3.1. Свободный выбор добра и зла /составление списка из слов, характеризующих добро и зло и размышление на тему: «Когда я увеличил мировое зло» + мини-сочинение «Как я реагирую, когда замечаю зло в себе»/.
- 3.2. Свобода подростка / обсуждение стремления к греховному пути + мини-сочинение «Мое понимание свободы»/.
- 3.3. Свобода в поиске добра /диалоги о покаянии, послушании, добрых делах/

4. Два пути жизни

- 4.1. Воспитание души в добродетели / на примерах добродетелей, чтения отрывков из «Добротолубия», вопросы к каждому о встрече с добрым человеком, просмотр видеофрагмента с выступлением о состоянии души современных подростков/.
- 4.2. Борьба с грехами и страстями /диалог и рассказ о чудесах преодоления

Духом физических законов жизни на примерах жизни святых/.

4.3. Путь жизни на примере монашества / рассуждения о святоотеческом понимании смысла жизни в смирении и послушании/.

4.4. Жизненный путь современного человека / дискуссия о жизни, направленной на получение удовольствия, дискуссия «Можно ли построить рай на земле?», цитаты из библейских пророчеств.

5. Роль религии в нашей жизни

5.1. Что мы знаем о разных религиях? /рассказ о базовых конфессиях, а также об оккультизме и сектах/.

5.2. Церковь – поиск и выбор веры, влияние на духовно-нравственную жизнь человека. Исторический экскурс о Крещении Руси/.

5.3. Традиции и уклад жизни на Руси /беседа о верности отечеству и понятии братства на примере семьи/.

5.4. Таинства, богослужения и праздники /рассказ о смысле обрядов и службы, церковном годовом круге, рисунке Церкви, храма/.

6. Любовь через служение ближнему

6.1 Что значит любить? /дискуссия на тему «почему люди ищут любви»; диалог о вечном бытии, открывающемся в любви/.

6.2. Любовь как служение ближнему /дискуссия о бескорыстии, о том, кто является нашими ближними и любовь к ним/.

6.3. Благодарность и милость в добродетельной жизни /диалоги о родителях, профессиях и жалости/.

7. Семейные союзы и отношения

7.1. Понятие семьи как особого братства /диалог о союзах людей, правила жизни в святых семьях, рисунок «Я и моя семья».

7.2. Жизнь в браке /дискуссии на темы целомудрия, моногамии, телегии; цитаты из Библии о мужчине и женщине/.

7.3. Что такое дружба? /диалог на тему: «Жива ли дружба в современном мире?», обсуждение примеров, мини-сочинение «Какого друга я хочу?»/.

8. Творения человека

8.1. Творчество как способ осмысления жизни /современность и возможность творить, мини-сочинение «Моменты творения»/.

8.2. Временное и вечное в искусстве /рассказ об иконе и ее вечном смысле, дискуссия на тему: «Что означает мироточение икон?»/

8.3. Творец и творение /диалог «Возможна ли красота без творящего?» «Творчество и гордость»/.

9. Массовая культура в современном мире

9.1. Определение массовой культуры и кича, формирование и влияние слуховых и зрительных образов на духовные структуры.

9.2. Понятие субкультуры /прослушивание различных записей с целью понимания своих чувств, беседа о разрушительном влиянии современных ритмов на положительную духовность/.

9.3. Современные развлечения и зависимости /диалоги о ТВ, играх, Интернет, спорте/.

10. Отношение к жизни и смерти

10.1. Что значит жить? /обсуждение вопроса о жизни и смерти, диалог на тему: «Что будет со мной, когда я умру?»/.

10.2. Есть ли жизнь после смерти? /рассказ о решении проблемы смерти в религии, примеры из жизни, цитаты/.

10.3. Смерть и надежда /беседа о противоестественности смерти в контексте бытия, диалог о ее влиянии на жизнь/.

Список литературы

1. «Практикум по социально-психологическому тренингу», под редакцией Б.Д. Парыгина, 2000
2. «Практическая психодиагностика», Редактор-составитель Д.Я. Райгородский Самара, 2002
3. Агеева И.А. Успешный учитель. Тренинговые и коррекционные программы. Изд.: Речь, 2007 г.
4. Алиева М. А., Гришанович Т. В., Лобанова Л. В., Травникова Н. Г. Трошихина Е. Г. Тренинг развития жизненных целей. СПб.: Речь, 2001.
5. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2010.
6. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками, СПб.: Питер, 2007.
7. Баркли, Кейл. Теория и практика тренинга. СПб.: Питер, 2002.
8. Бодалев, А. А. Психология общения. Энциклопедический словарь / А. А. Бодалев. – М. : Когито-Центр, 2011.






9. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. Изд.: Питер, 2008г.
10. Вачков И. В. Психология тренинговой работы. М.: Эксмо, 2007.
11. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. Изд.: Ось – 89, 2007г.
12. Витакер Д. С. Группа как инструмент психологической помощи. М., 2000.
13. Воробьева, О. Я. Коммуникативные технологии в школе / О. Я. Воробьева. – М. : Учитель, 2008.
14. Грецов А. Психологические тренинги с подростками. Изд.: Питер, 2008 г
15. Дубровина И.В. Руководство практического психолога: Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте. Изд.: Академический проект, 2002 г.
16. Евтихов О. В. Практика психологического тренинга. СПб.: Речь, 2004.
17. Ежова Н.Н. Научись общаться! Коммуникативные тренинги. Изд.: Феникс, 2006 г.
18. Емельянова Е. В. Психологические проблемы современного подростка и их решение в тренинге. СПб.: Речь, 2008.
19. Кови С. Р. Семь навыков высокоэффективных людей. М., 2006.
20. Кондратьев М.Ю. Подросток в замкнутом круге общения. Серия: Библиотека педагога-практика. М., 2001г.
21. Кори Дж. Техники групповой психотерапии. СПб., 2001.
22. Кривцова С.В., Мухаматулина Е.А. Тренинг: навыки конструктивного взаимодействия с подростками. М., 1999
23. Л. Анн «Социально-психологический тренинг с подростками», 2006 г.
24. Ли Д. Практика группового тренинга. СПб.: Питер, 2001.
25. Лидерс А.Г. Психологический тренинг с подростками. Изд.: Академия, 2004 г.
26. Макарычева Г.И. Тренинги для подростков и их родителей. СПб.: Речь 2007
27. Прихожан А. М. Психология неудачника. Тренинг уверенности в себе. М., 2001.
28. Прутченков А.С. Школа жизни. Методические разработки социально-психологических тренингов. М., 2000г.
29. Рязанова Д.В. Тренинг с подростками: С чего начать?: Пособие для психолога и педагога. 2003г.

30. Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А., Шарова О. Д. Жить в мире с собой и другими. М.: Генезис, 2001.
31. Тренинг жизненных навыков для подростков с трудностями социальной адаптации. Под ред. А.Ф. Шадуры. – СПб.: Речь, 2005.
32. Федосенко Е.В. Психологическое сопровождение подростков. Система работы, диагностика, тренинги. Изд.: Речь, 2008 г.
33. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. Психологические игры и упражнения. – М.: Генезис, 2006.
34. Фопель, К. Психологические группы: рабочие материалы для ведущего. 3-е изд. стереотип. – М.: Генезис, 2002.
35. Харт Л. Из гусеницы в бабочку. Три ступени личностного роста. СПб.: Питер, 1997.
36. Шевцова И. В. Тренинг личностного роста. СПб.: Речь, 2003.
37. Энтони Р. Преодолеть невозможное. СПб.: Питер, 1997.
38. Юдина И.Г. Когда не знаешь, как себя вести... Тренинг устойчивости подростков к коммуникативному стрессу. Изд.: АРКТИ, 2007 г.

Описание используемых технологий, методик, инструментария

При реализации психолого-педагогической программы используются следующие:

1. Общедидактические принципы:

-  принцип развивающего образования, целью которого является психическое развитие ребенка;
-  принципы научной обоснованности и практической применимости основываются на базовых положениях возрастной психологии и школьной педагогике;
-  решение поставленной цели и задачи на разумном, минимально необходимом и достаточно материальном, не допуская перегруженности детей;
-  единство воспитательных, развивающих и обучающих целей и задач образования школьников;
-  принцип комплексно-тематического построения образовательного процесса. Данный подход подразумевает широкое использование разнообразных форм работы с детьми как в совместной деятельности взрослого и детей, так и в самостоятельной деятельности ребенка.

2. Принципы организационно-методического обучения:

- ✚ принцип преемственности предполагает построение определенной системы и последовательности процесса обучения, так как сложные задачи не могут быть решены до изучения более простых тем;
- ✚ принцип систематичности и последовательности в подаче материала позволяет прогнозировать темп усвоения того или иного учебного материала, их сопоставимость и ценность. Опора на разные уровни организации психических процессов;
- ✚ принцип индивидуальности позволяет учитывать индивидуальные характеристики учащихся: темперамент, характер, способности;
- ✚ принцип доступности предполагает построение коррекционно-развивающего процесса таким образом, чтобы у обучающихся появилось желание преодолеть трудности и пережить радость успеха, достижения;
- ✚ принцип единства группового и индивидуального обучения предполагает их оптимальное сочетание. Этот принцип обусловлен тем, что ребенок становится личностью, с одной стороны благодаря его общению и взаимодействию с другими людьми, а с другой – своему стремлению к обособлению. Общение, взаимодействие и обособление обеспечивают и развитие личности.

3. Принципы коррекционно-развивающего обучения:

- ✚ принцип системного подхода предполагает понимание, во-первых, человека как целостной системы, а во-вторых, самого человека как элемент целостной системы «человек-мир». Ограниченные возможности здоровья не могут носить изолированный характер. Развитие на дефектной основе приобретает характер дизонтогенеза и протекает по своим особым законам;
- ✚ принцип комплексного подхода. Психолого-педагогическая и медико-социальная помощь может быть эффективна только в том случае, когда она имеет комплексный характер, и направлена не только на коррекцию и развитие психологических функций и качеств, но и на общее укрепление и развитие ребенка: его соматического здоровья, двигательной сферы, расширение круга и его знаний и представлений об окружающем мире, обогащение его эмоционального мира, укрепление и обогащение его связей с другими людьми, сформированность знаний, умений и навыков;

- ✚ принцип деятельностного подхода означает опору коррекционно-развивающей работы на ведущий вид деятельности, свойственный возрасту, а так же его целенаправленное формирование, так как только в деятельности происходит развитие и формирование ребенка;
- ✚ принцип учета закономерностей возрастного развития. Необходимо строить коррекционное воздействие так, чтобы оно соответствовало основным линиям развития в данный возрастной период, опиралось на свойства данного возраста особенности и достижения;
- ✚ принцип единства диагностики и коррекционно-развивающей работы. Только на основе тонкой дифференциальной диагностики возможен выбор правильных коррекционных воздействий;
- ✚ принцип индивидуально-дифференцированного подхода означает необходимость учета индивидуальных особенностей каждого ребенка, нуждающегося в психолого-педагогической и медико-социальной помощи;
- ✚ принцип компенсации – опора на сохранные, более развитые психические процессы;
- ✚ принцип принятия ребенка означает безусловное принятие ребенка со всеми его индивидуальными чертами характера и особенностями личности;
- ✚ учет объема и степени разнообразия материала. Во время реализации коррекционной программы необходимо переходить к новому объему материала только после относительной сформированности того или иного умения. Увеличивать объем материала и его разнообразие необходимо постепенно;
- ✚ деятельностный принцип коррекции. Коррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка, вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений;
- ✚ соблюдение интересов ребенка. Принцип определяет позицию специалиста, который призван решать проблему ребенка с максимальной пользой и в интересах ребенка;
- ✚ соблюдение необходимых условий для развития личности ребенка: создание комфортной ситуации, поддержание положительного эмоционального фона.

тика эмоционального развития ребенка	тика сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности	тика черт деструктивного поведения у несовершеннолетних	тика специфических расстройств в развитии школьных навыков у детей с ОВЗ	тика когнитивного блока у детей с ОВЗ	тика эмоционально-волевой сферы у детей с ОВЗ	ика коммуникативной сферы у детей с ОВЗ
--------------------------------------	--	---	--	---------------------------------------	---	---

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Виды реализации психокоррекционной технологии

Коррекция детско-родительских отношений	Коррекция когнитивного блока	Коррекция навыков коммуникативной деятельности	Коррекция эмоционально-волевой сферы	Нейропсихологическая коррекция	Коррекция личностного роста
---	------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Сферы реализации психокоррекционной технологии

Коррекция эмоционального развития ребенка	Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности	Коррекция черт деструктивного поведения у несовершеннолетних	Коррекция специфических расстройств в развитии школьных навыков у детей с ОВЗ	Коррекция когнитивного блока у детей с ОВЗ	Коррекция эмоционально-волевой сферы у детей с ОВЗ	Коррекция коммуникативной сферы у детей с ОВЗ
---	---	--	---	--	--	---

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Виды реализации психопрофилактической технологии

Психологическая профилактика социально-педагогической и психологической депривации	Психологическая профилактика деструкции в детско-родительских взаимоотношениях	Психологическая профилактика деструкции во взаимоотношениях со сверстниками и	Психологическая профилактика немедицинского потребления ПАВ несовершеннолетними	Психологическая профилактика профессионального выгорания у специалистов системы образования	Формирование навыков эффективного жизненного стиля посредством психолого-педагогической пропаганды ЗОЖ
--	--	---	---	---	--

сферы реализации психокоррекционной технологии

Психологическая профилактика в учебно-воспитательном	Психологическая профилактика во внеурочной деятельности	Психологическая профилактика в условиях профильных	Психологическая профилактика посредством организации	Психологическая профилактика посредством организации	Психологическая профилактика через СМИ
--	---	--	--	--	--

процессе	-ти	лагерей	ции тематичес- ких акций, бесед, дней профилакт ики, проблемны х классных часов и мастер- классов	обучающи х семинаров для специалис- тов, научно- практичес- ких конферен- ций, мастер- классов, проблемны х педагогиче- ских чтений и т.п.	ции заседания родительс- кого клуба, проблемны х родительс- ких собраний, акций, мастер- классов и диспутов	
----------	-----	---------	---	---	---	--

ПРОФОРИЕНТАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Виды реализации профориентационной технологии

Психоло- гическая диагнос- тика индиви- дуальных психоло- гических качеств личности	Психологи- ческая диагностика профессио- нальных предпочтени й личности	Психологи- ческая диагностика профессио- нальной направлен- ности личности	Психологи- ческая диагностика мотивацион- ных свойств личности	Психологи- ческая диагностика коммуника- тивных свойств личности	Дифференциальна я психологическая диагностика профессиональны х предпочтений и во взаимосвязи с индивидуальными психологическими свойствами личности
--	---	---	---	--	---

Формы реализации психокоррекционной технологии

Инди- виду- альная и группо- вая психоло- гическая диагнос- тика в учебно- воспита- тельном процессе	Индивиду- альная и групповая психоло- гическая диагностика а во внеурочны х видах деятельнос- ти	Организа- ция и проведение ярмарок профессий, выставок с расшире- нием знаний о мире профессий	Организа- ция и проведение тематичес- ких семинаров, круглых столов, классных часов для обучаю- щихся	Организа- ция и проведение дней открытых дверей в ССУЗах и ВУЗах, на предприя- тиях и в учрежде- ниях	Организа- ция и проведение тематичес- ких родительс- ких собраний, встреч с представи- телями ССУЗов и ВУЗов, предприя- тий, учреждени й	Организация и проведение тематических семинаров для специалистов системы образования по вопросам профориентаци и и профессиональн ого самоопределени я учащихся
--	--	--	--	--	--	--

ЭКСПЕРТНО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Виды реализации экспертно-аналитической технологии

экспертиза аффекта и иных эмоциональных состояний	экспертиза индивидуаль-но-психологических особенностей	экспертиза способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими	экспертиза способности правильно воспринимать важные для дела обстоятельства и давать о них	экспертиза способности понимать характер и значение сексуального насилия и оказывать сопротивление действиям	экспертиза психического состояния жертвы суицида
---	--	---	---	--	--

Сферы реализации экспертно-аналитической технологии

психологическая экспертиза порока воли	Психологическая экспертиза морального вреда	Психологическая экспертиза детско-родительских отношений (по делам о месте проживания ребенка, участия в воспитании, целесообразности усыновления и прочим)	психологическая экспертиза соответствия психофизиологических особенностей субъекта требованиям деятельности в объективно сложной ситуации	Психологическая экспертиза психологических мотивов противоправных действий	Психологическая экспертиза достоверности показаний	Экспертиза психологического воздействия и психического насилия	Психологическая экспертиза социального взаимодействия
--	---	---	---	--	--	--	---

Инструментарий, используемый на диагностическом этапе

реализации программы:

1. Технология психолого-педагогической диагностики детей и подростков от 3 до 18 лет в условиях специализированного психологического центра (учебно-методическое пособие для педагогов-психологов общеобразовательных организаций и ППМС центров) / Под общ. ред. С. Н. Сюрина. – Красногорск, 2014. – 138 с., ISBN 978-5-9906587-0-7
2. Социально-педагогическая профилактика деструктивного поведения несовершеннолетних (учебно—методическое пособие для социальных педагогов и работников социальной сферы, занимающихся вопросами социально-педагогической профилактики)/ Н.А. Рачковская, С.Н. Сюрин, Р.А. Новиков, О.В. Тумаева – Красногорск, 2015. – 192с., ISBN 978-5-9906587-2-1

3. Чемодан психолога. Расширенная комплектация. Диагностический комплект Н.Я. Семаго, М.М. Семаго.
4. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. Комплект: методика + стимульный, ISBN 978-5-98563-312-2
5. Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста (комплект из 3 частей), Ж.М. Глозман, ISBN 978-5-8112-7063-7
6. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников, Т.В. Ахутина, О.Б. Иншакова, ISBN 978-5-88923-135-1

**Описание сфер ответственности,
основных прав и обязанностей участников программы**

Ответственность	
Администрация ОУ	Соблюдение основных нормативных документов регламентации образовательного процесса в ОУ.
Педагогический коллектив	Реализация субъективного взаимодействия в психолого-педагогическом, коррекционном, развивающем, образовательно-воспитательном процессе. Такое взаимодействие направлено на формирование благоприятного психологического климата в группах. Формирование толерантного отношения всех субъектов психо-коррекционного процесса к детям с ОВЗ.
Родители детей	Соблюдение полученных рекомендаций в рамках индивидуального коррекционного, развивающего и образовательно-воспитательного маршрута.
Основные права	
Администрация ОУ	Получать информацию по проведению занятий. Знакомиться с документацией открытого доступа, отчетностью и эффективностью реализации программы.
Педагогический коллектив	Повышать квалификацию в сфере работы с детьми с ОВЗ. Реализовывать психологически безопасные способы взаимодействия с детьми.
Родители детей	Получать квалифицированное психологическое консультирование по проблемам их детей, связанных с компетенцией специалиста (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, нейропсихолога), реализующего данную программу.
Обязанность	
Администрация ОУ	Организовывать необходимые условия для проведения занятий с детьми, нуждающимися в прохождении коррекционно-развивающей программы.
Педагогический коллектив	Оперативно информировать специалиста, реализующего программу об изменениях психического состояния детей, участвующих в реализации данной программы. Формировать психологически комфортный и позитивный климат в процессе психолого-педагогической развивающей деятельности
Родители детей	Информировать педагога-психолога (специалиста, реализующего программу), педагогов об изменениях психического (психологического) состояния детей, участвующих в реализации данной программы.

Нормативные документы, которыми обеспечивается

гарантия прав участников программы

Международные документы

1. Конвенция о психотропных веществах (Вена, 21.02.1971)
2. Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ (Вена, 20.12.1988)
3. Единая Конвенция о наркотических средствах (№1137; Нью-Йорк, 30.03.1961)
4. Протокол о внесении изменений в Соглашения, Конвенции и Протоколы о наркотиках, заключенные в Гааге 23.01.1912, в Женеве 11.02.1925, 19.02.1925 и 13.07.1931 в Бангкоке 27.11.1931 и в Женеве 26.06.1936
5. Протокол о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (Женева, 25.03.1972)
6. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (ООН, Нью-Йорк, 30.09.1990)
7. Конвенция о правах ребенка (02.09.1990)
8. Декларация Хельсинкской встречи СБСЕ на высшем уровне (10.07.1992)
9. Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Совет Европы; Рим, 04.11.1950)
10. Всемирная декларация об образовании для всех (Рамки действий для удовлетворения базовых образовательных потребностей) (Джомтьен, Тайланд от 09.03.1990 г.).
11. Всеобщая Декларация прав человека Принята Генеральной Ассамблеей ООН от 10.12.1948г.
12. Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования Принята Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры от 14.12.1960г.
13. Конвенция ООН о правах ребенка Принята резолюцией 45/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20.11.1989г.
14. Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями Саламанка, Испания от 10.06.1994г.

Федеральные законы, Кодексы РФ, Законы РФ

1. Гражданский кодекс Российской Федерации

2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации
3. Семейный кодекс Российской Федерации
4. Трудовой кодекс Российской Федерации
5. Уголовный кодекс Российской Федерации
6. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации
7. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации
8. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
9. Федеральный закон от 23.11.1995 №172-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Протоколу 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года»
10. Федеральный закон от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
11. Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»
12. Федеральный закон от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»
13. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 №5487-1
14. Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
15. Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
16. Федеральный закон от 30.03.1995 №38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»
17. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
18. Федеральный закон от 22.06.1998 №86-ФЗ «О лекарственных средствах»
19. Федеральный закон от 22.11.1995 №171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции»
20. Федеральный закон от 07.03.2005 №11-ФЗ «Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе»

21. Федеральный закон от 10.07.2001 №87-ФЗ «Об ограничении курения табака»
22. Закон РФ от 18.04.1991 №1026-1 «О милиции»
23. Закон РФ от 27.12.1991 №2124-1 «О средствах массовой информации»
24. Федеральный закон от 26.09.1997 №125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях»

Президент РФ

1. Указ Президента РФ от 11.03.2003 №306 «Вопросы совершенствования государственного управления в Российской Федерации»
2. Распоряжение Президента РФ от 17.09.1998 №343-рп «О мерах по усилению противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и злоупотреблению ими»
3. Указ Президента РФ от 28.07.2004 №976 «Вопросы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков»
4. Указ Президента РФ от 07.05.2012 N 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования».
5. Указ Президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»
6. Указ Президента РФ от 01.06.2012 N 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы»

Правительство РФ

1. Распоряжение Правительства РФ от 13.11.2003 №1650-р «О разработке проекта федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы»
2. Постановление Правительства РФ от 13.09.2005 №561 об утверждении федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы»
3. Постановление Правительства РФ от 03.09.2004 №454 «О запрещении культивирования на территории Российской Федерации растений, содержащих наркотические вещества»
4. Постановление Правительства РФ от 30.11.1999 №1318 «О совершенствовании деятельности Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту»

5. Постановление Правительства РФ от 24.01.2001 №50 «О Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту»
6. Постановление Правительства РФ от 20.05.1999 №544 «О федеральном внебюджетном фонде противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и злоупотреблению ими»
7. Постановление Правительства РФ от 23.01.2006 N31 «О создании, ведении и использовании единого банка данных по вопросам, касающимся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также противодействия их незаконному обороту»

Верховный Совет РФ, Государственная Дума Федерального Собрания РФ

1. Постановление Верховного Совета РФ от 22.06.1993 №5494-1 «О концепции государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации»
2. Постановление Государственной Думы Федерального Собрания РФ от 16.12.1998 №3384-II ГД «О неотложных мерах по предупреждению распространения в России наркомании и токсикомании среди детей и молодежи
3. Постановление Государственной Думы Федерального Собрания РФ от 20.06.2000 №453-III ГД «О Комиссии Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по вопросам профилактики безнадзорности, беспризорности и наркомании среди несовершеннолетних и молодежи»

Межведомственные комиссии

1. Решение Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения от 06.10.2000 №4 «О мерах по предотвращению распространения наркомании и токсикомании среди детей и подростков»

Судебные органы

1. Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25.10.1990 №8 «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией»
2. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.06.2006 №14 «О судебной практике по делам о преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными, сильнодействующими и ядовитыми веществами»

Здравоохранение

1. Приказ Минздрава РФ от 18.03.1997 №76 «О наркологических реабилитационных центрах»
2. Приказ Минздрава РФ от 13.10.1997 №301 «О создании научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении»
3. Приказ Минздрава РФ от 17.12.1997 №373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях)»
4. Приказ Минздрава РФ от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»
5. Приказ Минздрава РФ от 06.10.1998 №290 «О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами»
6. Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»
7. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 №308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения»
8. Методические рекомендации «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств» (утв. Минздравом РФ и Минтрансом РФ 29.01.2002)

Образование

1. Приказ Минобразования РФ от 23.03.1999 №718 «О мерах по предупреждению злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних и молодежи в 1999-2000 годах»
2. Приказ Минобразования РФ от 28.02.2000 №619 «О концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде»
3. Приказ Минобразования РФ от 15.05.2002 №1762 «Об организации повышения квалификации работников образовательных учреждений по вопросам профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде в 7 федеральных округах»

4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 28.12.2004 №145 «О создании Межведомственного совета по проблемам профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде»
5. Письмо Министерства образования и науки России, МВД России, ФСКН России от 21.09.2005 №ВФ-1376/06 «Об организации работы по предупреждению и пресечению правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в образовательных учреждениях»
6. Приказ Министерства образования и науки РФ от 09.11.2015 г. N 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»
7. Приказ Минобрнауки России от 27.08.2013 N 989 «Об утверждении образцов и описаний аттестатов об основном общем и среднем общем образовании и приложений к ним» (Зарег. в Минюсте России 08.10.2013 N 30109)
8. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.05.2015 № 536 «Об организации в Министерстве образования и науки РФ работы по разработке и применению профессиональных стандартов в сфере образования и науки на 2015-2018 годы».
9. Приказ Министерства образования и науки РФ от 30.08.2013 №1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования»
1. Приказ Министерства образования и науки РФ от 30.08.2013 №1015 (в редакции от 17.07.2005г. «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам –
10. по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».
11. Письмо Министерства образования РФ от 27.03.2000 № 27/901-6 «О ПМПК ОУ»
12. Письмо Министерства образования и науки РФ №07-3735 от 13.11.2015 «О направлении методических рекомендаций».

Труд и социальная защита

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.07.2015 №514н «Об утверждении профессионального стандарта педагог-психолог (психолог в сфере образования)».
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.12.2013 № 514н «Об утверждении профессионального стандарта - педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования)»
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ №1115н от 25.12.2014 «О внесении изменения в приказ министерства труда и социальной защиты РФ от 18.10.2013 г. «Об утверждении профессионального стандарта педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования (воспитатель, учитель)»»
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.08.2009 N 593 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования»».

Ресурсы, необходимые для эффективной реализации программы

Для эффективной реализации психолого-педагогической программы необходимо соблюдение следующих условий: кадровые, материально-технические, информационные, управленческие, финансово-экономические, организационные, методические и педагогические.

Условия реализации психолого-педагогической программы	Требования к условиям реализации психолого-педагогической программы:
Кадровые	Укомплектованность кадрами, имеющими базовое образование. Организация мероприятий для повышения профессиональной квалификации. Организация внутри образовательного учреждения непрерывного профессионального образования и самообразования. Наличие системы стимулирования профессиональной деятельности педагогов. Внедрение, апробация технологий управления развитием профессиональных компетенций специалистов образовательного учреждения.
Материально-технические	Санитарно-гигиенические условия процесса обучения (температурный, световой режимы и т.д.). Пожарная безопасность, электробезопасность, охрана труда. Наличие образовательной среды, адекватной потребностям развития ребенка и сохранения его здоровья (необходимый набор помещений, эстетические условия, оформление кабинетов,

	наличие кабинета, оснащенного комплектом ученических парт, доской, наличие кабинета или зоны внутри кабинета для подвижных игр, наличие кабинета или зоны внутри кабинета для релаксирующих упражнений, наличие магнитофона или компьютера для прослушивания музыки).
Информационные	Обеспечение специалистов доступом к информационно-методическим источникам по реализации программы, информирование о промежуточных результатах (данные мониторинга, анализ деятельности). Наличие методических пособий и рекомендаций, компьютерных пособий, мультимедийных, аудио, видеоматериалов.
Управленческие	Наличие нормативно-правовой и регламентирующей документации образовательного учреждения. Внедрение, апробация новых технологий. Разработка и внедрение мониторинговой программы.
Финансово-экономические	Формирование расходов на реализацию данной программы за счет бюджетных средств.
Организационно-педагогические условия	Организация обучения педагогов проблеме внедрения в образовательный процесс компетентного подхода. Внедрение системы оценки достижений для участников развивающего процесса на основе компетентного подхода. Разработка методических материалов (диагностический инструментарий, критериальная база, методические рекомендации к коррекционно-развивающим технологиям, формирующих компетенции).

Из перечисленных условий следует рассмотреть более подробно педагогические условия, которые в большей степени зависят от специалиста, который реализует программу. Под педагогическими условиями понимается готовность специалиста к реализации коррекционно-развивающей психолого-педагогической программы, мотивации к осуществлению данной деятельности, его позиция в отборе и содержании методик, педагогических технологий, диагностики и результативности коррекционно-развивающего процесса.

Критерии	Показатели
Способность диагностировать активность в предметной и социальной деятельности в процессе реализации программы.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ умение осуществлять психолого-педагогическую и дефектологическую диагностику развития практических умений ребенка, оценивать его индивидуальный опыт освоения развивающей программы; ✚ выделять его достижения, неудачи, акцентируя внимание на достижениях.
Способность организовывать индивидуальную, групповую работу с использованием адекватных инструментальных и методических средств соответственно возрасту.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ производить отбор приемов и средств для формирования познавательной компетентности детей; ✚ организовывать безопасное взаимодействие (соблюдение гигиенических требований, санитарных норм и правил); ✚ отбирать содержимое развивающего материала на основе игровых технологий и развивающих заданий.
Способность организовывать	✚ использовать различные формы и технологии

эффективное взаимодействие с другими специалистами и родителями.	<p>взаимодействия с родителями в соответствии с психолого-педагогической ситуацией;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ использовать различные формы и технологии взаимодействия со специалистами в соответствии с психолого-педагогической ситуацией.
Способность осуществлять профессиональное самообразование.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ осуществлять обучение профессиональной информацией; ✚ умение извлекать и анализировать профессиональную информацию.

Материально-технические условия

реализации психолого-педагогической программы

Материально-техническая база ГКОУ МО Центр «Ариадна» приведена в соответствие с задачами по обеспечению реализации программы реабилитации.

Критериальными источниками оценки учебно-материального обеспечения реабилитационного процесса являются требования Стандарта, требования и условия Положения о лицензировании образовательной деятельности, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации от 16 марта 2011 г. № 174, а также соответствующие приказы и методические рекомендации, в том числе:

- ✚ постановление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 29 декабря 2010 г. № 189, СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях»;
- ✚ приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащённости учебного процесса и оборудования учебных помещений»;
- ✚ приказ Минобрнауки России от 23 июня 2010 г. № 697 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников»;
- ✚ перечни рекомендуемой учебной литературы и цифровых образовательных ресурсов.

ГКОУ МО Центр «Ариадна» функционирует с 2003 года. Здание 2-х этажное, приспособленное (бывшее ПТУ) после реконструкции. Водоснабжение (холодное), канализование - централизованные от поселковых сетей. Отопление, горячее водоснабжение - собственная газовая котельная, отдельно стоящая на территории.

Территория 1,19 га. Огорожена по всему периметру, бетонное ограждение, 1 выездные ворота. Благоустроена, озеленена. Выделены зоны: сад, огород, хозяйственная площадка, гараж на 2 машины, спортивная площадка, баскетбольная, волейбольная площадки, мини-футбол, роликовая площадка, гимнастические снаряды, легкоатлетическая зона (яма для прыжков, беговая дорожка).

Терапевтическая программа Центра построена на создании новой основы жизни подростка для его самореализации. Жизненно важно сформировать у воспитанников установку на трезвый образ жизни, дать им инструменты, с помощью которых они смогут строить свою дальнейшую жизнь вне Центра – образование и профессию.

Образовательный процесс осуществляется через вариационные, индивидуально подобранные программы, разработанные и реализуемые Центром на основе базовых программ общеобразовательной школы и стандартов СПО в зависимости от психосоматического состояния воспитанников. Центр рассчитан на 30 воспитанников с 14 до 18 лет.

Воспитанники находятся на реабилитации от 3 до 24 месяцев в данном учреждении.

Обучаются специальностям:

- портной;
- повар;
- парикмахер;
- маляр.

В соответствии с требованиями ФГОС для обеспечения всех предметных областей и внеурочной деятельности Центр обеспечен мебелью, офисным оснащением, хозяйственным инвентарём и оборудуется:

- учебными кабинетами с автоматизированными рабочими местами обучающихся и педагогических работников;
- помещениями для занятий естественно-научной деятельностью, моделированием, техническим творчеством;
- помещениями (кабинетами, мастерскими) для занятий изобразительным искусством;
- помещениями библиотек с рабочими зонами, оборудованными читальными залами и - книгохранилищами, обеспечивающими сохранность книжного фонда, медиатекой;
- спортивными сооружениями (спортивным залом и спортивными площадками),

оснащёнными игровым, спортивным оборудованием и инвентарём;

- помещениями для питания воспитанников, а также для хранения и приготовления пищи, обеспечивающими возможность организации качественного горячего питания;
- административными и иными помещениями, оснащёнными необходимым оборудованием, в том числе для организации реабилитационного процесса;
- гардеробами, санузлами, местами личной гигиены;
- участком (территорией) с необходимым набором оснащённых зон.

В Центре имеются:

- ❖ 5 учебных кабинетов;
- ❖ 3 учебные мастерские - площадью 116м²;
- ❖ столовая на 40 посадочных мест;
- ❖ спортивный зал, площадью 180 м², тренажёрный зал площадью 60м².
- ❖ кабинет информатики (6 рабочих мест, ИД, проектор, принтер). Число персональных компьютеров -38. -Число ПК в составе локальных сетей - 38 - Число настольных ПК (ноутбуков) -20;
- ❖ мультимедийных проекторов -3;
- ❖ интерактивная доска – 2;

Центр подключен к сети Интернет, скорость подключения к Интернету - 100 Мбит/с. Сайт в сети Интернет arnar.ru Электронная почта: Ariadnanarko@mail.ru. Ведётся электронный журнал успеваемости. Психологические кабинеты.

В учреждении обеспечена безопасность образовательного процесса, санитарных и гигиенических требований.

Условия, созданные в Центре соответствуют требованиям, предъявляемым к современным условиям организации и осуществления образовательного процесса.

В области безопасности в Центре установлены камеры внутреннего и наружного видеонаблюдения.

В области пожарной безопасности: была проведена замена первичных средств пожаротушения; проводится техническое обслуживание автоматической пожарной сигнализации и системы оповещения при пожаре; обеспечивается передача сигнала о пожаре по радио телекоммуникационной системе на центральный узел связи «911»; обеспечивается состояние электрических сетей, электроустановок в соответствие с требованиями; проведена пропитка огнезащитным составом деревянных конструкций

помещений; созданы условия для беспрепятственного продвижения по путям эвакуации; организовано обучение мерам пожарной безопасности руководителя, персонала, обучающихся.

В области санитарных, гигиенических требований: обеспечиваются требования СанПиН по освещенности помещений. Организовано горячее питание.

Прохождение медицинского осмотра персоналом осуществляется по графику в определенные для этого сроки.

Оборудование всех учебных кабинетов мебелью, соответствует росту - возрастным особенностям обучающихся. Оборудование спортивного зала обеспечивает выполнение учебных программ по предмету.

Организация питания учащихся

Одним из приоритетных направлений работы Центра является формирование культуры здорового образа жизни, создание здоровьесберегающего пространства. В Центре имеется столовая на 40 мест, которая оснащена современным технологическим оборудованием и обеспечивает горячим питанием воспитанников. В Центре воспитанники обеспечены здоровым питанием, составными частями которого являются оптимальная количественная и качественная структура питания, гарантированная безопасность, технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, физиологически обоснованный режим питания. С этой целью разработано и согласовано с Роспотребнадзором четырнадцатидневное цикличное меню.

В учебном графике предусмотрены перемены продолжительностью от 10 до 15 минут. Меню учитывает калорийность каждого приёма пищи, использование в рационе питания молочных продуктов, мяса, рыбы, овощей и фруктов.

Оценка материально-технических условий Центра для реализации основной образовательной программы

№ п/п	Требования ФГОС, нормативных и локальных актов	Необходимо/имеются в наличии
1	Учебные кабинеты с автоматизированными рабочими местами обучающихся и педагогических работников	Имеются в наличии
2	Лекционные аудитории	Имеются в наличии
3	Помещения для занятий учебно-исследовательской и проектной деятельностью, моделированием и техническим творчеством	Имеются в наличии
4	Необходимые для реализации учебной и внеурочной деятельности лаборатории и мастерские	Имеются в наличии
5	Помещение для занятий изобразительным искусством;	Имеется в наличии

6	Библиотека с рабочими зонами, оборудованными читальными залами и книгохранилищами, обеспечивающими сохранность книжного фонда, медиатекой;	Имеется в наличии
7	Актальный зал;	Имеется в наличии
8	Спортивный зал, стадион, спортивные площадки;	Имеются в наличии
9	Помещение для питания обучающихся, а также для хранения и приготовления пищи, обеспечивающие возможность организации качественного горячего питания, в том числе горячих завтраков;	Имеются в наличии
10	Помещения для медицинского персонала;	Имеются в наличии
11	Административные и иные помещения, оснащенные необходимым оборудованием, в том числе для организации	Имеются в наличии
12	Гардеробы, санузлы, места личной гигиены;	Имеются в наличии
13	Участок (территория) с необходимым набором оснащенных зон	Имеются в наличии

Практически все имеющиеся помещения обеспечены комплектами оборудования для реализации всех предметных областей и внеурочной деятельности, включая расходные материалы и канцелярские принадлежности, а также мебелью, офисным оснащением и необходимым инвентарем.

Требования к комплексному оснащению учебного процесса и оборудованию учебных помещений включают создание условий, обеспечивающих возможность:

в Центре созданы условия для:	Наличие
выявления и развития способностей воспитанников в любых формах организации учебного процесса, организации общественно-полезной деятельности, в том числе учебной и производственной;	Учебные кабинеты, лаборатории
работы с детьми, имеющими социальную и педагогическую дезадаптацию, организации интеллектуальных и творческих соревнований, научно-технического творчества и проектно-исследовательской деятельности в формах, адекватных возрасту воспитанников, и с учетом особенностей реализуемых в образовательном учреждении основных и дополнительных образовательных программ;	Учебные кабинеты, лаборатории по физике, химии, биологии, кабинет дополнительного образования, мастерские
освоения воспитанниками, злоупотребляющими ПАВ основной образовательной программы и их интеграции в Центре, включая оказание им индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи, с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей;	Кабинеты психолога, кабинеты первого этажа, кабинет дополнительного образования
участия воспитанников, их родителей (законных представителей), педагогических работников и общественности в проектировании и развитии образовательной среды образовательного учреждения, а также в формировании и реализации индивидуальных учебных планов и образовательных	Учебные кабинеты, лаборантские, кабинет дополнительного образования,

маршрутов воспитанников;	
эффективного использования времени, отведенного на реализацию части основной образовательной программы, формируемой участниками учебного процесса, в соответствии с запросами обучающихся и воспитанников и их родителей (законных представителей), спецификой образовательного учреждения и с учетом национальнокультурных, демографических, климатических условий, в которых осуществляется учебный процесс;	Учебные кабинеты, лаборантские, кабинет дополнительного образования, спортивный зал
использования современных образовательных технологий;	Все учебные помещения
активного применения образовательных информационно-коммуникационных технологий	Все учебные кабинеты, библиотека
эффективной самостоятельной работы обучающихся и воспитанников;	Все учебные кабинеты, библиотека
физического развития воспитанников;	Спортивный зал,
обновления содержания основной образовательной программы, а также методик и технологий ее реализации в соответствии с динамикой развития системы образования, запросами обучающихся и воспитанников и их родителей (законных представителей), а также с учетом национально-культурных, демографических, климатических условий, в которых осуществляется учебный процесс	Все учебные кабинеты, библиотека

Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса

включают:

- ✚ параметры комплектности оснащения учебного процесса с учетом достижения целей и планируемых результатов освоения основной образовательной программы;
- ✚ параметры качества обеспечения учебного процесса с учетом достижения целей и планируемых результатов освоения основной образовательной программы;
- ✚ наличие учебников, учебно-методической литературы и материалов по всем учебным предметам основной образовательной программы;
- ✚ безопасный доступ к печатным и электронным образовательным ресурсам, расположенным в открытом доступе и (или) в федеральных и региональных центрах информационно-образовательных ресурсов. При этом должно быть обеспечено ограничение доступа к информации, несовместимой с задачами духовно-нравственного развития и воспитания обучающихся и воспитанников;
- ✚ укомплектованность библиотеки печатными и электронными образовательными ресурсами по всем учебным предметам учебного плана, а также фондом дополнительной литературы (детская художественная, научно-популярная,

справочно-библиографические и периодические издания, сопровождающие реализацию основной образовательной программы).

В соответствии с СанПиН определены помещения, необходимого набора зон (для осуществления образовательного процесса и хозяйственной деятельности, активной деятельности, питания и медицинского обслуживания обучающихся). Соответствует СанПиН площади, инсоляция, освещённость и воздушно-тепловой режим, расположение и размеры рабочих, игровых зон и зон для индивидуальных занятий, которые обеспечивают возможность безопасной и комфортной организации всех видов учебной и внеурочной деятельности для всех участников образовательного процесса.

Оценка материально-технических условий реализации основной образовательной программы

Материально-техническое оснащение библиотеки

Общий фонд библиотечно-информационных ресурсов:

Книжный фонд (всего): - 3462

- учебники (кол-во экз.) - 1341;
- основной фонд (книги и брошюры) - 1962 (из них справочно-энциклопедической литературы-159)

Фонд нетрадиционных носителей информации (всего): 34

а) аудиовизуальные документы (кол-во экз.)- 0

б) электронные издания (кол-во экз.)- 34

Периодические издания (подписка):- 8

а) газеты (всего)- 2

б) журналы (всего)- 6

Обеспеченность учебниками (общий % обеспеченности)-100

а) % обеспеченности учебниками для основной школы -100

б) % обеспеченности учебниками для средней школы-100

Наличие доступа в Интернет из библиотеки:

Имеется выход-да

Мастерская портных: площадь 56 кв.м, установлены 5 универсальных электрических машин (промышленные) и 3 специальные машинки установленные у окна. Естественное освещение (левостороннее) и искусственное (люминесцентное) общее и местное (у каждого рабочего места) в норме. Столы для теоретических занятий, гладильная доска, утюг, раскроечный стол.

Мастерская парикмахеров: на 3 рабочих места, имеется 1 умывальник - специально для парикмахерских. Фены на рабочих местах, 1 сушуар, УФ стерилизатор для парикмахерских. Обучается 3-5 человек. Инструменты индивидуальные. Полотенца стираются в прачечной. Уборочный инвентарь имеется.

Мастерская поваров: площадь 36 кв.м, выделена производственная зона и практическая (столы, стулья). Занимается 5 человек. Искусственное освещение - люминесцентное (4 светильника $2 \times 40 = 320/36 = 9$ ват/кв.м. Нет освещения у доски. Оборудование: 2 электроплиты, жарочный шкаф, 2-х гнездная мойка, холодильник, 2 рабочих металлических стола, весы, кухонная посуда, инвентарь. Уборочный инвентарь имеется. Спец. одежда имеется. Стирка в прачечной.

Класс математики: площадь 20 кв.м. Освещение люминесцентное 4 светильника $2 \times 40 = 320/20 = 16$ ват/кв.м. Освещения у доски нет. Занимается по 3 - 4 - 5 человек.

Класс литературы: площадь 18 кв.м. Проветривание проводится. Ученической мебелью обеспечены.

Тренажерный зал: площадь 60 кв.м, проветривание естественное - достаточное. Установлено 9 тренажеров. Занимаются по 5 человек. Проводятся так же занятия ритмики и танцев. На полу ковры, на стенах зеркала. Уборка проводится после каждого занятия.

Изостудия: на 5 мест, площадь 15 кв.м, освещение естественное и искусственное (люминесцентное) имеется.

Прачечная: состоит из постирочной и помещения склада, занос грязного белья - через дверь, выдача чистого белья через окно из склада. Сотрудник 1 человек. Установлены 4 бытовые стиральные машины - автомат на 7 кг, 1 сушильная машина, гладильная доска, утюг. Раздельно стирают постельное белье и личные вещи детей и спец. одежду сотрудников (пищеблока, медицинского блока). Имеется бак для замачивания белья и емкости для сбора грязного белья (раздельные). Смена постельного белья 1 раз в неделю. Имеется три смены комплектов постельного белья. График смены белья вывешен.

Спортивный зал, площадь 180 кв.м, при высоте 5,5 м. Покрытие пола - специальный линолеум, окна - засетчены, на батареях деревянные решетки, светильники - 6 прожекторов с защитными решетками. Маты моют с дез. средствами во время уборки зала дежурные воспитанники (Доместос, Пропер). Вентиляция спортивного зала осуществляется через окна (открывается 7 окон).

выходные дни выходит 1 повар зав производством или рабочий по кухне.

Помещения медицинского назначения

В Центре имеется лицензированный медицинский кабинет со всем необходимым оборудованием. Медицинский блок располагается на первом этаже типового здания и состоит из:

- ✚ кабинета врача и медицинской сестры;
- ✚ процедурного кабинета;
- ✚ двух медицинских изоляторов по 2 койки;
- ✚ буфетной комнаты;
- ✚ массажной комнаты.

Работа медицинской службы руководствуется Уставом Центра, положением о работе Центра, коллективным договором, настоящим положением, медицинской лицензией № ЛО-50-01-009775 от 07 июня 2018 года, действующими инструкциями и нормативными документами по организации работы медицинской службы, стандартами медицинской помощи. В задачи медицинской службы входит:

- организация и осуществление эффективного медицинского обеспечения воспитанников, улучшение его качества;
- сохранение, укрепление и профилактика здоровья воспитанников, снижение заболеваемости;
- оказание профилактической, диагностической, лечебно-оздоровительной, коррекционной помощи воспитанникам;
- осуществление контроля, выполнение санитарно-гигиенических норм и правил.

Медицинское отделение проводит физиопроцедуры, массаж, ЛФК для воспитанников Центра по назначению врача. Имеется физиоаппаратура: аппарат для физиотерапии комбинированный(Мит-11), аппарат «Эдма», устройство тренажерное аутогенное, мини салярий, «Геска» светодиодный аппарат, электронный аппарат для дарсонвализации «Элад», электростимулятор Трансаир. программные комплексы «Волна», «Экватор», наборы для мозартики.

Врачи проводят:

- ✚ первичные и повторные медицинские осмотры прибывших подростков, собирают анамнестические сведения с заполнением индивидуальных карт;

- ✚ выявление положительной мотивации на реабилитацию и в случае необходимости, формирование и укрепление ее;
- ✚ плановые осмотры, консультации по показаниям узких специалистов, обследование и лечение воспитанников;
- ✚ контроль за физическим развитием подростков (проведение антропометрического обследования воспитанников и соответствующий анализ полученных данных);
- ✚ вакцинопрофилактику и иммунизацию детей и сотрудников Центра;
- ✚ комплекс мероприятий врачебно-сестринского состава в период противоэпидемического режима по гриппу;
- ✚ регулярный контроль за выполнением назначений врачей и ведение соответствующих документов;
- ✚ регулярный контроль за инфекционной безопасностью в Центре;
- ✚ санитарно – просветительную работу с воспитанниками и сотрудниками Центра;
- ✚ анализ динамики заболеваемости воспитанников и проводимых лечебных мероприятий ежеквартально;
- ✚ контроль за калорийностью и соответствием питания возрастным потребностям;
- ✚ разработка и утверждение режима питания и меню;
- ✚ осмотр воспитанников на педикулез и чесотку еженедельно.

В наши дни, при имеющейся возможности инновационной деятельности, изменения набора предметов и введения новых дисциплин, включаемых в учебный план Центра, а также изменения количества часов на изучение традиционных курсов за счет школьного компонента базисного учебного плана возникает опасность перегрузки обучающихся. В нашем Центре эта проблема решается с помощью составления общего расписания по общеобразовательному и профессиональному циклам. Такой подход практикуется у нас уже 15 лет и позволяет:

- ✚ уменьшить многопредметность в течение дня и недели, а также уменьшить утомляемость детей;
- ✚ проводить производственное обучение;
- ✚ включать воспитанников, поступающих в течение года с разной подготовкой в учебный процесс;
- ✚ оптимизировать режим работы преподавателей.

Продолжительность уроков составляет 40 минут. Занятия в Центре начинаются в 8.30, в это время организм ребенка уже готов к работе. Перерывы между уроками 10, минут, после 3 урока – 20 минут, после 5 урока – 15 минут. Индивидуальные занятия и спецкурсы проводятся для учащихся не ранее 15 часов. Количество часов выделенных на индивидуальные занятия и спецкурсы прописаны в Учебном плане.

Опираясь на концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, разработанную Министерством образования Российской Федерации, мы ставим задачу научить подростка такому образу жизни, при котором он может быть максимально интегрирован в общество. Концепция рекомендует распорядок дня, при котором воспитанники загружены не менее 14 часов: общеобразовательная подготовка, профессиональная подготовка, физическое воспитание, дополнительное образование, трудотерапия, психологические занятия. Этот напряженный ритм жизни компенсируется психологическими занятиями и релаксационными мероприятиями, что позволяет снизить психоэмоциональную нагрузку.

Сроки и этапы реализации программы

Программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» реализуется в индивидуальной, подгрупповой и групповой формах.

Общий объем программы и период стационарной коррекционно-реабилитационной помощи подросткам и их семьям определяется формой и степенью сформированности зависимого поведения. Структура нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы, коммуникативных навыков определяется в ходе углубленного первичного и динамического психолого-педагогического обследования подростка. Форма зависимости, а также степень сформированности зависимого поведения, наличие психофизиологической зависимости оценивается врачом психиатром-наркологом в ходе первичного обследования, а также динамического наблюдения.

Ожидаемые результаты реализации психолого-педагогической программы

В ходе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» осуществляется консолидация образовательных, медицинских, психологических и социальных мер, направленных на возвращение несовершеннолетнего к жизни в

обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативной личности и социального статуса.

Ожидаемыми результатами реализации психолого-педагогической программы являются:

- ✚ формирование устойчивых антинаркотических установок;
- ✚ повышение устойчивости подростков к различным негативным социальным явлениям;
- ✚ расширение сферы интересов и активизация личностного роста подростков (появление ответственности, правильной оценки своих возможностей, умение правильно строить отношения с окружающими, умение конструктивно решать конфликты, владение эмоциями, духовный рост и т.д.);
- ✚ гармонизация системы детско-родительских взаимоотношений и формирование конструктивных способов эффективной коммуникации в системе «родитель-ребенок»;
- ✚ раскрытие и активизация внутренних ресурсов и талантов, получение воспитанниками центра общего и начального профессионального образования;
- ✚ интеграция подростков с признаками аддиктивного поведения в систему общественно-полезных видов деятельности.

Система организации внутреннего контроля за реализацией программы



На этапе разработки программы администрацией ГКУ МО центр «Ариадна» изучается социальный запрос на оказание услуг по психолого-педагогической помощи подросткам с признаками аддиктивного поведения (первичная углубленная амбулаторная психолого-педагогическая диагностика, оценка результатов социально-психологического тестирования несовершеннолетних на предмет употребления ПАВ, профилактические врачебные осмотры врачами психиатрами-наркологами в образовательных организациях Московской области и пр.).

Методические комиссии специалистов ГКУ МО центр «Ариадна» в пределах своих компетенций обсуждают концепцию программы и вносят предложения о ее реализации в научно-методический отдел центра. В ходе обсуждения на заседании научно-методического отдела формируются творческие группы специалистов, принимающих участие в реализации программных мероприятий. Апробация программы осуществлялась в условиях стационарного отделения ГКУ МО центр «Ариадна». Результаты апробации программы изучаются ведущими методистами центра (внутренний аудит реализации психолого-педагогической программы), а также направляются для внешней научной экспертизы в профильную кафедру ВУЗа, сотрудничающего с центром. При наличии положительного отзыва по результатам внутреннего аудита и внешней научной экспертизы программа утверждается на заседании педагогического совета и рекомендуется для дальнейшего использования в учебно-воспитательном и коррекционном процессе центра.

Критерии оценки достижения планируемых результатов

Теоретико-методологической основой для разработки критериального аппарата оценки достижения планируемых результатов служит деятельностный подход, базирующийся на положениях научных школ Л.С. Выготского, В.В. Давыдова, В.А. Далингера, А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина.

Ключевым понятием теории развивающего обучения Д.Б. Эльконина – Давыдова являются УУД (далее - универсальные учебные действия), которые выступают в качестве личностных и метапредметных результатов освоения обучающимися реализуемой программы.

Развитие универсальных учебных действий в составе личностных, регулятивных, познавательных, знаково-символических и коммуникативных действий, определяющих развитие психологических способностей личности, осуществляется в рамках нормативно-возрастного развития личностной и познавательной сфер ребенка.

Процесс обучения задает содержание и характеристики учебной деятельности ребенка и тем самым определяет зону ближайшего развития указанных УУД – их уровень развития, соответствующий нормативной стадии развития и релевантный «высокой норме» развития, и свойства. Критериями оценки сформированности УУД у учащихся, соответственно, выступают:

1. Соответствие возрастно-психологическим нормативным требованиям.
2. Соответствие свойств УУД заранее заданным требованиям.
3. Сформированность учебной деятельности у учащихся, отражающей уровень развития метапредметных действий, выполняющих функцию управления познавательной деятельностью учащихся.

Возрастно-психологические нормативы формулируются для каждого из видов УУД с учетом стадильности их развития.

Специалистом, реализующим программу оценивается уровень сформированности следующих видов УУД на этапе первичного диагностического обследования и по итогам реализации курса занятий:

Познавательные УУД	Коммуникативные УУД	Регулятивные УУД	Личностные УУД
Общие учебные действия — умение поставить учебную задачу, выбрать способы и найти информацию для её решения, уметь работать с информацией, структурировать полученные знания; логические учебные действия — умение анализировать и синтезировать новые знания, устанавливать причинно-следственные связи, доказывать свои суждения; постановка и решение проблемы — умение сформулировать проблему и найти способ её решения.	Умение вступать в диалог и вести его, учитывая особенности общения с различными группами людей	Целеполагание, планирование, корректировка плана	Обеспечивают ценностно-смысловую ориентацию учащихся (умение соотносить поступки и события с принятыми этическими принципами, знание моральных норм и умение выделить нравственный аспект поведения), а также ориентацию в социальных ролях и межличностных отношениях
Ранжирование по степени значимости сформированности УУД			
I (40%)	III (15%)	IV (20%)	II (25%)
Коэффициент пересчета			
0,4	0,15	0,2	0,25
Уровни сформированности УУД			
1- Низкий уровень сформированности 2- Слабо-положительная динамика развития			

3- Положительная динамика развития			
4- Выраженная положительная динамика развития			
5- Сформированность в пределах возрастной нормы			
Диапазон показателей уровня сформированности УУД			
0,4-2,0	0,15-0,75	0,2-1	0,25-1,25
Интегральные показатели уровня сформированности УУД (1-5 баллов)			
Крайне низкий уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
0-2,45	2,5-3,45	3,5-4,45	4,5-5
Инструментарий оценки уровня сформированности УУД			
Познавательные УУД	Коммуника- тивные УУД	Регулятивные УУД	Личностные УУД
1. Применение психодиагностических методик, в т.ч. проективных, для оценки уровня сформированности: <ul style="list-style-type: none"> • познавательных процессов; • коммуникативных навыков; • эмоционально-волевой сферы. 			
2. Наблюдение за работой обучающихся в индивидуальном, подгрупповом и групповом режимах.			
3. Анкетирование участников, принимающих участие в реализации психолого-педагогической программы и их родителей (законных представителей).			
4. Социометрия.			

Дополнительными критериями оценки достижения планируемых результатов являются следующие показатели соматического статуса участников программы, которые оцениваются врачебным консилиумом ГКУ МО центр «Ариадна» на начальном и заключительном этапе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»

Реабилитационный потенциал

низкий	удовлетворительный	высокий
--------	--------------------	---------

Реабилитационный прогноз

благоприятный	относительно благоприятный	сомнительный (неопределенный)	неблагоприятный
---------------	-------------------------------	----------------------------------	-----------------

Сведения о практической апробации программы

на базе ГКУ МО центр «Ариадна»

Программа комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» была разработана, апробирована и реализуется на базе стационарного отделения ГКУ МО центр «Ариадна» с 01.09.2010г.

В процессе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды» с 01.09.2010г. по настоящее время приняло участие 323несовершеннолетних и 485

родителей (законных представителей) - стационарная коррекционно-реабилитационная помощь. Безрецидивный период ремиссии более 10 лет у 50,4% участников программы. Первичное углубленное психолого-педагогическое обследование и консультирование – 698 чел., амбулаторно-консультативное сопровождение – 127 чел. Безрецидивный период ремиссии для амбулаторных участников программы составляет 72,1%. Общее количество участников – 1633 чел.

Основные положения и результаты реализации психолого-педагогической программы докладывались на региональных семинарах, мастер-классах, круглых столах, заседаниях методических объединений для руководителей образовательных организаций, педагогов-психологов, социальных педагогов, учителей общеобразовательных организаций Московской области.

В настоящее время основные психолого-педагогическая программа внедрена в системный коррекционно-развивающий процесс ГКУ МО центр «Ариадна» Московской области.

Результаты, подтверждающие эффективность реализации программы

Познавательные УУД	Коммуникативные УУД	Регулятивные УУД	Личностные УУД
Ранжирование по степени значимости сформированности УУД			
I (40%)	III (15%)	IV (20%)	II (25%)
Коэффициент пересчета			
0,4	0,15	0,2	0,25
Уровни сформированности УУД			
1- Низкий уровень сформированности 2- Слабо-положительная динамика развития 3- Положительная динамика развития 4- Выраженная положительная динамика развития 5- Сформированность в пределах возрастной нормы			
Диапазон показателей уровня сформированности УУД			
0,4-2,0	0,15-0,75	0,2-1	0,25-1,25
Интегральные показатели уровня сформированности УУД (1-5 баллов)			
Крайне низкий уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
0-2,45	2,5-3,45	3,5-4,45	4,5-5

Итоговые показатели эффективности реализации программы (стационарная реабилитация)

	кол-во участников	Интегральный показатель на начало реализации программы	интегральный показатель по окончании курса КРО	Динамика	
				+/-	абс.
2010	27	2,4	3,67	+	1,27

2011	28	2,35	3,69	+	1,34
2012	29	2,39	3,74	+	1,35
2013	29	2,37	3,805	+	1,435
2014	30	2,41	3,75	+	1,34
2015	30	2,43	3,69	+	1,26
2016	30	2,41	3,78	+	1,37
2017	30	2,39	3,85	+	1,46
2018	30	2,45	3,79	+	1,34
2019	30	2,42	3,91	+	1,49
2020	30	2,415	3,82	+	1,405
ИТОГО:	323	2,403	3,772	+	1,369

В данной таблице указаны сводные данные по уровню сформированности ключевых показателей УУД, полученные посредством проведения первичной, промежуточной и итоговой углубленной психолого-педагогической диагностики участников программы. Анализ показателей указывает на высокую эффективность и развитие УУД у преобладающего количества участников программы. Прирост интегрального показателя за учебный год составляет + 1,369 (+56,97%). По результатам постреабилитационного анкетирования участников и их родителей (законных представителей) безрецидивный период ремиссии более 10 лет у 50,4% участников программы.

Дополнительные критерии оценки эффективности реабилитационной программы

Общее кол-во участников – 323чел.

	Реабилитационный потенциал	начало реабилитации	окончание реабилитации	динамика		
				+/-	абс.	%
	низкий	259	19	-	240	1363,2
	удовлетворительный	54	260	+	206	481,5
	высокий	10	44	+	34	440

	Реабилитационный прогноз	начало реабилитации	окончание реабилитации	динамика		
				+/-	абс.	%
	благоприятный	10	85	+	75	850
	относительно благоприятный	113	169	+	56	149,6
	сомнительный (неопределенный)	146	52	-	94	280,8
	неблагоприятный	54	17	-	37	317,64

Анализ дополнительных критериев оценки эффективности реабилитационной программы указывает на высокую эффективность программы медицинской реабилитации. В т.ч.:

Вырос реабилитационный потенциал (по окончании программы кол-во детей с низким потенциалом снизилось с 259 до 19, с удовлетворительным возросло с 54 до 260 и увеличилось кол-во детей с высоким потенциалом с 10 до 44).

У преобладающего большинства участников программы изменился реабилитационный прогноз в сторону улучшения (благоприятный у 85 участников вместо 10, относительно благоприятный у 169 вместо 113, сомнительный у 52 вместо 146 и неблагоприятный у 17 вместо 54).

ГЛОССАРИЙ

АГРАММАТИЗМ [греч. agrammatos нечленораздельный] — нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих грамматическую упорядоченность речевой деятельности; при А. наблюдается опускание предлогов, неправильное согласование слов в роде, числе, «телеграфный стиль» и пр.; А. возникает обычно в связи с афазией или алалией.

АГРЕССИЯ (агрессивность) — стремление причинить вред окружающим. Вербальная агрессия — склонность ругаться, делать замечания и т. п. Защитная агрессия — агрессия, вызванная ощущением угрозы со стороны окружающих.

АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ – (от лат. adaptatio – приспособление)

1. Процесс активного приспособления индивида или группы к определенным материальным условиям, нормам, ценностям социальной среды;
2. Взаимодействие личности или социальной группы со средой, включающее усвоение норм и ценностей этой среды в процессе социализации, а также изменение, преобразование среды в соответствие с новыми условиями и целями деятельности

АДЕКВАТНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ – соответствие поведения ситуации и общепринятым правилам и нормам.

АДЕКВАТНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ – соответствие представлений жизненной реальности и общепринятым стандартам.

АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА – крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера человека чрезмерно усилены.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ (СЕНСОРНО-АМНЕСТИЧЕСКАЯ) АФАЗИЯ проявляется в значительном ограничении объема воспринимаемого речевого материала при его воспроизведении или запоминании, плохом понимании длинных, сложных фраз.

АКТУАЛЬНЫЙ [лат. actualis, деятельный] — важный в настоящее время, назревший (напр., А. вопрос).

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ — двойственность, сосуществование у человека противоречащих друг другу тенденций (переживаний, стремлений, представлений и т. п.).

АМБИДЕКСТРИЯ — способность одинаково хорошо владеть правой и левой рукой; А. может быть врожденной или выработанной в результате тренировки.

АЛАЛИЯ – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

АНАМНЕЗ [греч. anamnesis воспоминание] — совокупность сведений (об условиях жизни человека, о предшествовавших болезни событиях и др.), получаемых в ходе обследования от самого обследуемого и (или) знающих его лиц; А. используется для установления диагноза, прогноза заболевания и выбора коррекционных мероприятий.

АНТИСОЦИАЛЬНОСТЬ – отрицательное отношение к социальным нормам, стремление противодействовать им.

АРТИКУЛЯЦИОННЫЙ АППАРАТ — совокупность органов, обеспечивающих образование звуков речи (артикуляцию); включает голосовой аппарат, мышцы глотки, языка, мягкого нёба, губ, щек и нижней челюсти, зубы и др.

АРТИКУЛЯЦИЯ [лат. articulare членораздельно выговаривать] — деятельность органов речи (губ, языка, мягкого неба, голосовых складок), необходимая для произнесения отдельных звуков речи и их комплексов.

АСОЦИАЛЬНОСТЬ – безразличие к правилам, существующим в обществе (социальным нормам), или непонимание этих правил. В отличие от антисоциальности, при этом отсутствует стремление к противодействию нормам.

АСТЕНИЯ – патологическое состояние психического статуса человека, нервное истощение, ослабленность, повышенная утомляемость.

АСТЕНИЧНОСТЬ — склонность к возникновению астении.

АСФИКСИЯ [a+ греч. sphyxis пульс, пульсация] — удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

АУТО- [авто-; греч. autos сам] — составная часть сложных слов, означающая «сам», «тот же самый», «свой», «собственный».

АУТИЗМ [греч. autos сам] — погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности; признак психического расстройства.

АФАЗИЯ – полная или частичная утрата речи, обусловленная частичными поражениями головного мозга.

БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ [би- + лат. lateralis боковой] — двусторонний.

ВЕРБАЛЬНЫЙ — 1) словесный, относящийся к речи, выраженный речевыми средствами; 2) глагольный.

ВЕРБАЛЬНАЯ ПАРАФАЗИЯ (англ. verbalparaphasia) - замена нужного слова др., близким к нему по смыслу. Встречается чаще всего при акустико-мнестической афазии.

ВЕРБАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ (словесно-логическое мышление) — вид мышления, характерный использованием понятий, логических конструкций. Функционирует на базе языковых средств.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА – это повышение культурного уровня, организация разумного использования досуга школьников, развитие сети кружков и факультативов.

ВЫТЕСНЕНИЕ— один из механизмов психологической защиты: исключение из сознания травмирующих переживаний.

ВЯЗКОСТЬ— см. ригидность.

ГИМНАСТИКА РЕЧИ АКТИВНАЯ — система упражнений для речевых органов, которые производятся ежедневно или несколько раз в день по инструкции логопеда.

ГИМНАСТИКА РЕЧИ ПАССИВНАЯ — форма речевой гимнастики, при которой ребенок производит движение только при помощи механического воздействия на речевые органы (нажим руки логопеда или соответствующего зонда, шпателя); после нескольких повторений делается попытка произвести то же движение без механической помощи, т. е. пассивное движение постепенно переводится в активное.

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ – пограничное нервно-психическое расстройство, проявляющееся в импульсивности, неусидчивости, частой отвлекаемости.

ГИПЕРОПЕКА – система воспитательных мероприятий в семье, при которой ребенка чрезмерно опекают и контролируют.

ГИПЕРСОЦИАЛЬНОСТЬ – повышенное, порой патологическое состояние стремление максимально соответствовать социальным нормам и требованиям.

ГИПЕРТИМНЫЙ ТИП — психотип, характеризующийся повышенной активностью, общительностью, низкой чувствительностью, слабым самоконтролем. Гипертимная акцентуация — особо ярко выраженный гипертимный тип.

ГИПОМАНИЯ – психическое состояние, характеризующееся душевным подъемом, приподнятым настроением, повышенной активностью, которые в действительности не соответствуют реальным ситуациям и обстоятельства жизни человека.

ГРАММАТИЧЕСКОЕ ОФОРМЛЕНИЕ РЕЧИ — соблюдение в речи грамматических законов и правил, присущих данному языку.

ГИПЕРКИНЕЗ [гипер- + греч. kinesis движение] — автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц.

ГНОЗИС [греч. gnosis познание, знание] — познание предметов, явлений, их смысла и символического значения.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РАСТОРМОЖЕННОСТЬ— см. гиперактивность.

ДЕВИАЦИЯ [фр. deviation, от лат. deviare сбиваться с пути] — отклонение от нормального положения, строения.

ДЕВИАНТНОСТЬ – (от лат. deviate -отклонение) характеристика поведения, не совпадающая с социальными нормами и ценностями, принятыми в обществе.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – разновидность поведения, которая не соответствует социальным нормам общества.

ДЕЗАДАПТАЦИЯ— неспособность приспособиться к изменившимся условиям жизни. Социальная дезадаптация — неспособность приспособиться к жизни в обществе. Школьная дезадаптация — трудности приспособления к школьным требованиям.

ДЕМОНСТРАТИВНОСТЬ — повышенная потребность во внимании к себе, стремление всегда быть в центре внимания. Демонстративный тип — психотип, характеризующийся высоким уровнем демонстративности и эмоциональной лабильности.

ДЕПРИВАЦИЯ – лишение или недостаточность условий, необходимых для удовлетворения каких - либо потребностей.

ДЕПРЕССИЯ – патологическое снижение настроения и падение активности.

ДЕПРЕССИВНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ – склонность к возникновению патологического снижения настроения и падения активности.

ДЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ – процесс противоположный социализации, обозначающий утрату индивидом определенных социальных ценностей и норм, сопровождающийся отчуждением индивида от определенной группы.

ДЕСТРУКТИВНАЯ СЕМЬЯ – это тип семейных отношений, при котором наблюдаются сепарация и автономия отдельных членов семьи, отсутствие взаимодействия в семейных контактах, хронический супружеский или родительско-детский конфликт.

ДЕСТРУКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ - формы и особенности контактов, которые пагубно сказываются на личности партнеров и осложняют взаимоотношения.

ДЕФЕКТ – необратимое нарушение или выпадение какой-либо функции. Интеллектуальный дефект — необратимое нарушение мышления (умственная

отсталость). Сенсорный дефект — снижение зрения или слуха.

ДИАГНОСТИКА [греч. *diagnostikos* способный распознавать] — 1) раздел медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней или особых физиологических состояний; 2) процесс распознавания болезни и оценки индивидуальных биологических и социальных особенностей субъекта, включающий целенаправленное медицинское обследование, истолкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза.

ДИЗАРТРИЯ - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

ДИСГРАФИЯ [due- + греч. *grapho* писать, изображать] — частичное нарушение процесса письма, при котором наблюдаются стойкие и повторяющиеся ошибки: искажения и замены букв, искажения звуко-слоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, аграмматизмы на письме.

ДИСГРАФИЯ АГРАММАТИЧЕСКАЯ — дисграфия, связанная с недоразвитием грамматического строя речи; может проявляться на уровне слова, словосочетания, предложения и текста.

ДИСГРАФИЯ АКУСТИЧЕСКАЯ — дисграфия, обусловленная расстройством дифференциации фонем и проявляющаяся в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам (при этом в устной речи звуки произносятся правильно).

ДИСГРАФИЯ АРТИКУЛЯТОРНО-АКУСТИЧЕСКАЯ — дисграфия, в основе которой лежит отражение неправильного восприятия и произношения звуков на письме, опора на неправильное проговаривание.

ДИСГРАФИЯ ВЕРБАЛЬНАЯ — оптическая дисграфия, при которой изолированные буквы воспроизводятся правильно, а при написании слова имеют место искажения, замены букв оптического характера.

ДИСГРАФИЯ НА ПОЧВЕ НАРУШЕНИЯ ЯЗЫКОВОГО АНАЛИЗА И СИНТЕЗА — дисграфия, в основе которой лежит нарушение различных форм языкового анализа и синтеза: деления предложений на слова, слогового и фонематического анализа и синтеза; на письме проявляется в искажениях структуры слова и предложения.

ДИСГРАФИЯ ОПТИЧЕСКАЯ [греч. *optikos* относящийся к зрению] — дисграфия, которая связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа, синтеза, пространственных представлений и проявляется в заменах и искажениях букв на письме; к Д. о. относят и зеркальное письмо.

ДИСЛАЛИЯ – нарушение звукопроизношения при сохранном слухе и нормальной иннервации мышц артикуляционного аппарата.

ДИСФОРИЯ — мрачная раздражительность.

ЖИЗНЕННАЯ СФЕРА – определенная сторона жизни, относительно независимая от других сторон (семейная, школьная, сфера межличностных отношений, интимная).

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ — временное отставание развития психики в целом или отдельных ее функций.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ [лат. *constitutio* установление, организация] — задержка психического развития, при которой эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста; этиология врожденно-конституциональная, кроме того, происхождение данного типа задержки психического развития может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробными или первых лет жизни.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ [психо+ греч. *-genes* порождаемый, возникающий] — задержка психического развития, связанная с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОМАТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ [греч. *soma, somatos* тело + *-genes* порожденный] — задержка психического развития, обусловленная длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями, аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ [лат. *cerebrum* головной мозг] — задержка психического развития, обладающая большой стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой сфере (у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний) и в познавательной деятельности (недостаточность развития памяти и внимания, инертность, медлительность и пониженная переключаемость психических процессов, недостаточность отдельных корковых

функций); у детей с этим типом задержки психического развития обычно имеет место негрубая органическая недостаточность нервной системы.

ЗАЩИТНОЕ (КОМПЕНСАТОРНОЕ) ФАНТАЗИРОВАНИЕ — один из механизмов психологической защиты: погружение в фантазии и мечты, смягчающие отрицательные переживания.

ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ — динамический принцип изучения умственного развития ребенка, позволяющий оценивать его дальнейшие возможности; 3. б. р. определяется содержанием тех задач, которые ребенок еще не может решить самостоятельно, но уже решает с помощью взрослого, ведь то, что первоначально делается ребенком под руководством взрослого, становится затем его собственным достоянием; термин введен Л. С. Выготским.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ – (от лат. Identifico – отождествляю) опознание чего-либо, кого-либо, установление тождества объекта или личности; уподобление, отождествление индивида с кем-либо или чем-либо (группой, коллективом), помогающее ему успешно овладевать различными видами социальной деятельности, усваивать свои нормы и ценности.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ — подсознательный процесс отождествления собственной личности с другой.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ – склонность индивидуума к совершению необдуманных действий под влиянием внешних обстоятельств или столь же случайных собственных мыслей и эмоций, отсутствие или недостаточность планирования действий и самоконтроля.

ИНДИФФЕРЕНТНОСТЬ – особенность характера, состоящая в отсутствии интереса к окружающему, равнодушии, безразличии, пассивности.

ИНТРОВЕРТНОСТЬ — замкнутость, высокая избирательность в общении. Интровертный тип — психотип, характеризующийся оригинальностью, низкой конформностью, склонностью к умозрительным заключениям.

ИНФАНТИЛИЗМ – незрелость, «детскость». Психофизический инфантилизм — отставание от фактического возраста как по психологическим, так и по физиологическим признакам.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ДЕФЕКТ – необратимое нарушение процесса мышления, умственная отсталость.

ИНТРОВЕРТНОСТЬ – замкнутость, высокая избирательность в общении.

ИПОХОНДРИЯ – повышенное беспокойство о своем здоровье.

ИСТЕРИЯ – психическое заболевание, часто приводящее к появлению соматических болезненных симптомов без каких-либо физиологических причин.

ИСТЕРОИДНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА – патологический тип поведения ребенка, при котором сочетаются высокий уровень демонстративности со склонностями к вытеснению травмирующих переживаний.

ИТЕРАЦИЯ [лат. *iteratio* повторение] — несудорожные запинки, повторы в речи.

КОГНИТИВНЫЕ (ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ) ПРОЦЕССЫ — психические процессы, направленные на познание окружающего мира (восприятие, мышление, память, внимание...).

КОМПЕНСАЦИЯ — выработка механизмов, помогающих преодолеть неблагоприятные психологические особенности.

КОНФОРМНОСТЬ – (от позднелат. *Conformis* – подобный, соответствующий) приспособленность, пассивное принятие существующего порядка вещей, господствующего мнения, некритическое следование чужим образцам; тенденция человека изменять свое поведение под влиянием других людей таким образом, чтобы оно соответствовало мнениям окружающих, стремление его приспособить к их требованиям.

КРИТИЧНОСТЬ — одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, умение оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке.

КСЕНОФОБИЯ – навязчивый страх, боязнь чужих, нетерпимое отношение к людям иной веры, культуры, национальности, ко всему непривычному, иностранному (образу жизни, идеям, мировоззрению).

ЛАТЕНТНЫЙ — скрытый, внешне не проявляющийся (патологический процесс); начало болезни.

ЛАТЕРАЛЬНЫЙ — боковой.

ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА - процесс перераспределения функций психических между левым и правым полушариями головного мозга, происходящий в онтогенезе.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ — устойчивые психологические образования, мало меняющиеся со временем.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ — относящийся к внутреннему строению слова.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПИСЬМА — написание является не прямым воспроизведением услышанного, а результатом определенной аналитико-синтетической обработки морфологического состава слова.

МОРАЛЬНЫЕ НОРМЫ – текстуально не закреплены, опираются на авторитет общественного мнения, несут оценочную нагрузку и действуют через психологические механизмы (долг, совесть, честь). Нарушение моральных норм опирается на механизм общественного осуждения или поощрения. В 90-е годы возникла возможность в судебном порядке защищать честь и достоинство.

МОТОРИКА [от лат. motor приводящий в движение] — двигательная активность-организма, отдельных его органов или их частей.

МЫШЛЕНИЕ НАГЛЯДНО-ДЕЙСТВЕННОЕ — вид мышления, направленный на решение практических задач посредством зрительного изучения ситуации и практического действия в ней с материальными предметами.

МЫШЛЕНИЕ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОЕ — вид мышления, направленный на решение задач посредством наблюдения за ситуацией и оперирования образами составляющих ее предметов без практических действий с ними.

НАВЫК — автоматизированное (привычное) действие или цепочка действий. Двигательный навык — это целесообразное движение или последовательность движений. умственный навык — автоматизированное умственное действие. навыки общения — привычные способы установления и поддержания контакта с другими людьми.

НЕВРОЗ – пограничное психическое расстройство, которое характеризуется снижением продуктивности деятельности, эмоциональными нарушениями (при неврозах часто наблюдаются тики, навязчивые идеи, ночной энурез, страхи, нарушения сна).

НЕГАТИВИЗМ [лат. negativus отрицательный] — один из симптомов некоторых психических заболеваний, выражающийся в противодействии всякому вмешательству извне: больной не отвечает на вопросы, не позволяет исследовать себя и т. п.; Н. бывает также у детей как следствие неправильного воспитания.

НЕГАТИВИЗМ – противодействие существующим требованиям и правилам.

НЕЙРОТИЗМ - свойство человека, характеризующееся его повышенной возбудимостью, импульсивностью и тревожностью.

НОРМЫ СОЦИАЛЬНЫЕ – (от лат. norma- руководящее начало, правило, образец) образцы, стандарты деятельности, правила поведения, выполнение которых ожидается от члена какой-либо группы или общества и поддерживается с помощью санкции.

ОБОБЩЕНИЕ — объединение объектов в группу на основе тех или иных признаков.

ОЛИГОФРЕНИЯ – врожденное патологическое общее снижение уровня интеллекта, делающее невозможным полноценно социализироваться индивидууму в обществе.

ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА — следствие нарушений развития плода во внутриутробном периоде, родовых травм, асфиксии, сотрясений мозга и т. п.

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ – отсутствие коррекционного обучения, необходимого ребенку с отклонениями в развитии.

ПАМЯТЬ — форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, сохранении и воспроизведении индивидуумом данных прошлого опыта.

ПАМЯТЬ— психический процесс, обеспечивающий сохранение информации. Произвольная память — намеренное запоминание материала. Непроизвольная память — непреднамеренное запоминание материала. Опосредованная память — запоминание с использованием специальных средств. Непосредственная (механическая) память — запоминание без использования специальных средств. Образная память — запоминание образного материала.

ПАССИВНОСТЬ – признак утомления или неблагоприятного психологического состояния.

ПАТОГЕНЕЗ [пато+ греч. genesis происхождение, развитие] — 1) учение об общих закономерностях развития, течения и исхода болезней; 2) механизм развития конкретной болезни, патологического процесса или состояния.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ – снижение желания ребенка к обучению как следствие отсутствия необходимого воспитания и обучения.

ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ ВНИМАНИЯ — легкость перехода от одной деятельности к другой.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ — стремление выполнять любую работу на высшем уровне.

ПОВЕДЕНИЕ АМОРАЛЬНОЕ – тип поведения, противоречащий принятым в данном обществе нравственным нормам (пьянство, стяжательство и т.д.).

ПОВЕДЕНИЕ АНТИСОЦИАЛЬНОЕ – тип поведения, характеризующийся отрицанием социальных норм и ценностей, принятых в данном обществе.

ПОВЕДЕНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ – тип поведения, противоречащий принятым в данном обществе правовым, нравственным социальным и др. нормам.

ПОДРАЖАНИЕ — произвольное или непроизвольное воспроизведение чьих-либо движений, действий, манер и т. п.; физиологическая основа П. играет большую роль в процессе развития как нормального, так и аномального ребенка; путем подражания взрослым ребенок овладевает речевыми навыками и общественно выработанными формами поведения, приобретает различные навыки и умения; по мере развития ребенка П. становится осознанным и постепенно переходит из непроизвольного в произвольное; особенно важное значение имеет произвольное П. при овладении трудовыми навыками и умениями; исключительно важную роль играет П. в процессе овладения глухими детьми словесной речью, в частности, навыками произношения.

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ [пост- + лат. natus рождение] — возникающий или происходящий непосредственно после рождения.

ПРИСТРАСТИЕ – увлечение употребления какого-либо вещества, обычно наркотика, приводящее к рабской зависимости от него и считающееся физически или социально вредным.

ПОСТАНОВКА ЗВУКА — создание при помощи специальных приемов новой нервной связи между звуковыми (восприятие произнесенного звука), двигательнo-кинестетическими (самостоятельное воспроизведение звука) и зрительными (зрительное восприятие артикуляции звука) ощущениями; постановка звуков, дыхания, голоса — первый этап формирования произносительных навыков у глухих, слабослышащих детей, у детей с нарушениями речи; характеризуется широким использованием сохранных анализаторов (зрительного, кожного, двигательного, слухового), применением разнообразных методических приемов, технических приспособлений, в результате чего ребенок усваивает то или иное произносительное умение; за этапом произносительных умений следует этап их автоматизации, превращения умений в прочные навыки, что достигается в результате специальных упражнений и речевой практики.

ПРОГЕНИЯ [про- +\печ. genys нижняя челюсть] — выступание нижней челюсти вперед (по сравнению с верхней) вследствие ее чрезмерного развития

ПРОЕКЦИЯ — один из механизмов психологической защиты: приписывание своих переживаний и стремлений другим людям.

ПРОСОЦИАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ — положительная установка по отношению к

обществу.

ПРАКСИС — способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ - (внутриутробный) этап развития ребенка

ПРОГНАТИЯ [про- + греч. gnathos челюсть] — выступание верхней челюсти вперед (по сравнению с нижней) вследствие ее чрезмерного развития.

ПРОСОДИЧЕСКИЙ — относящийся к явлениям высоты, длительности, силы и т. п.

ПРОФИЛАКТИКА [греч. prophylaktikos предохранительный] — совокупность предупредительных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

ПРОСТОЕ НЕРАСПРОСТРАНЕННОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ- Предложение, не содержащее в своем составе второстепенных членов, состоит только из главных членов предложения — подлежащего и сказуемого.

ПРОСТОЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ - предложения, в которых есть второстепенные члены.

ПСИХОЗ— патологическое психическое расстройство, для которого типичны неадекватность поведения, нарушение ориентации в пространстве и времени, а также наличие продуктивных симптомов (бред, галлюцинации, мания преследования и т.д.).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА — механизмы, помогающие сохранить благоприятное психологическое состояние, несмотря на наличие психотравмирующих факторов.

ПСИХОМОТОРНЫЙ ТОНУС — напряженность мышц, связанная с психологическим состоянием и непосредственно не определяемая выполняемым движением.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ — телесные болезни, вызванные психологическими причинами.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВНИМАНИЯ — способность одновременно выполнять две разные деятельности.

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ — один из механизмов психологической защиты: «подмена» своих неблагоприятных побуждений более приемлемыми.

РЕГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — форма защитной реакции индивида при переживании им фрустрации, состоящая в замене значимой для него сложной задачи, решение которой затруднено в сложившейся ситуации, на более легкую.

РЕЗОНЕРСТВО — склонность к рассуждениям, не относящимся к выполняемой

деятельности.

РЕФЛЕКСИЯ - Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний.

РЕЧЬ ИМПРЕССИВНАЯ — см. Импрессивная речь. **РЕЧЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ** — речь, имеющая целью передачу интеллектуальной (логической) информации (в отличие от речи эмоциональной).

РИГИДНОСТЬ (ВЯЗКОСТЬ) — склонность подолгу застревать на каких-либо переживаниях.

РИНОЛАЛИЯ – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

САЛИВАЦИЯ [лат. saliva слюна] — слюноотделение, секреторная деятельность слюнных желез.

САМОКОНТРОЛЬ – сознательное управление своим поведением

СЕНЗИТИВНОСТЬ — высокая чувствительность к физическим стимулам и к социальным факторам. Сензитивный тип — психотип, характеризующийся высокой чувствительностью, астеничностью и тревожностью.

СИНКИНЕЗИЯ [греч. syn вместе + kinesis движение] — дополнительные движения, произвольно присоединяющиеся к произвольным; напр., при ходьбе движения ног и туловища дополняются движениями рук.

СИНТАКСИС [греч. syntaxis построение, сочетание, порядок] — раздел грамматики, изучающий способы соединения слов и форм слов (словоформ) в словосочетания и предложения, предложений в сложные предложения, а также сами словосочетания, предложения — их типы, значения, функции, условия употребления, характер и виды взаимодействия..

Синтаксический аграмматизм — слияния двух слов в одно, пропуски слов, предлогов и т.

СЛОВАРЬ АКТИВНЫЙ — 1) часть словарного состава совр. языка, которая свободно употребляется в живом повседневном общении во всех сферах жизни человеческого общества; противопоставляется пассивному словарю; С. а. включает как слова общенародного употребления, так и те, которые ограничены в своем использовании (профессионализмы, эмоционально-экспрессивная лексика и т. п.); слова С. а. лишены оттенков архаичности и новизны и образуют ядро лексической системы языка; 2) активный запас слов отдельного носителя языка — часть словарного состава языка,

которая свободно употребляется в повседневной жизни конкретным человеком; зависит от возраста, психического развития, образования, социальной среды и др.

СЛОВАРЬ ПАССИВНЫЙ — 1) часть словарного состава языка, понятная всем владеющим данным языком, но мало употребляемая в повседневном общении (книжная лексика, неологизмы, еще не ставшие привычными и др.); 2) пассивный запас слов отдельного носителя языка — часть словарного состава языка, понятная конкретному человеку; зависит от возраста, психического развития, образования, социальной среды и др.

СЛОЖНАЯ СИНТАКСИЧЕСКАЯ КОНСТРУКЦИЯ - сложные предложения, состоящие из трех и более простых предложений с разнотипной синтаксической связью

СЛОЖНОПОДЧИНЕННОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ - предложение, части которого связаны между собой подчинительными союзами или союзными словами.

Подчинительная связь между частями сложноподчиненного предложения выражается в синтаксической зависимости одной части (придаточного предложения) от другой (главного предложения).

СЛОЖНОСОЧИНЕННОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ - сложное предложение, части которого связаны между собой сочинительными союзами.

СОЗНАНИЕ — высший уровень психического отражения и саморегуляции, присущий только человеку как общественно-историческому существу; эмпирически С. выступает как непрерывно меняющаяся совокупность чувственных и умственных образов, непосредственно предстающих перед субъектом в его «внутреннем опыте» и предвосхищающих его практическую деятельность; С. характеризуется: активностью, интенциональностью (направленностью на предмет), способностью к рефлексии, самонаблюдению, мотивационно-ценностным характером, различной степенью (уровнями) ясности; сознание индивида уникально, но не произвольно - оно обуславливается внешними по отношению к С. и независимыми от него факторами.

СОЗНАНИЕ РЕЧЕВОЕ — ситуация, условия речи, цель высказывания как отраженные в данном конкретном построении речи.

СОМА [греч. soma тело] — 1) тело организма; 2) совокупность всех клеток организма, кроме половых.

СОМАСТЕНИЯ — общая слабость организма.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ — телесные (не нервные и не психические) заболевания. В данную группу заболеваний объединяют болезни,

вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека.

СОЦИАЛИЗИРОВАННОСТЬ — хорошее владение социальными нормами.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ - нарушение механизмов взаимосвязи личности и среды, происходящая как за счет внутриличностных изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.

СОЦИАЛИЗИРОВАННОСТЬ – хорошее владение социальными нормами, адекватность поведения ситуации.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ – приспособление к жизни в обществе.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ – нарушение процесса формирования социальных взаимодействий в процессе роста и развития индивидуума.

СТЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ – состояние психически нормального человека с уравновешенными основными нейрофизиологическими процессами – возбуждения и торможения.

СТРЕСС – неспецифический ответ организма на воздействие вредных агентов, психоэмоционального перенапряжения или иного воздействия, проявляющийся в симптомах общего адаптационного синдрома.

СУБДЕПРЕССИЯ — снижение настроения, не достигающее до уровня депрессии.

ТЕМП РЕЧИ — скорость протекания речи во времени, ее ускорение или замедление, обуславливающее степень ее артикуляторной напряженности и слуховой отчетливости; Т. р. может быть измерен двумя способами: числом звуков (слов), произносимых в единицу времени, или средней длительностью звука (слога); нормальный темп речи в среднем составляет 10—12 звуков в секунду.

ТЕМП РЕЧИ НАРУШЕННЫЙ — темп, который является чрезмерно ускоренным, чрезмерно замедленным или прерывистым; нарушения темпа речи могут быть физиологическими или патологическими (функциональными или органическими); см. Баттаризм, Брадилалия, Заикание, Итерации физиологические, Полтерн, Тахилалия.

ТЕОРИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ – подход в социологии, уделяющий особое внимание способам навешивания ярлыков, создания стереотипного образа представителя той или группы, а также методам воздействия, которые оказывает на поведение индивида сам факт приобретения ярлыка со стороны общества.

ТЕСТ– набор заданий, выполнение которых позволяет оценить социально-

психологические особенности индивидуума.

ТИК – непроизвольное подергивание мышц.

ТОРМОЖЕНИЕ ОХРАНИТЕЛЬНОЕ (ЗАПРЕДЕЛЬНОЕ) заключается в резком снижении активности нервных клеток, вызванное чрезмерным возбуждением корковых структур и обеспечивающее тем самым реальную возможность сохранения или восстановления работоспособности.

ТРЕВОГА – ощущение угрозы, ожидание неопределенной опасности.

ТРЕВОЖНОСТЬ – личная особенность, состоящая в особо легком возникновении состояния тревоги.

ТРЕВОЖНО-МНИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР – психастеническая акцентуация, которая характеризуется сильно повышенной тревожностью и сочетается с недостатком уверенности в себе, а также наличием выраженной астении.

ТРЕМОР [лат. tremor дрожание] — ритмичные колебательные движения конечностей, головы, языка и т. д., при поражении нервной системы; может быть наследственным.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ — стойкое психическое недоразвитие, имеющее сложную структуру; при У. о. наблюдаются: ведущая недостаточность познавательной деятельности (в первую очередь абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения) и нарушение динамики нервных процессов (инертность психики), а также вторичные отклонения - недоразвитие речи, эмоционально-волевой сферы, отклонения в физическом развитии и поведении.

УРОВЕНЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ (ФОНОЛОГИЧЕСКИЙ) — уровень, на котором язык выступает лишь как система различительных знаков и к которому относятся, помимо естественных звуков речи, все заместители речевого сигнала, такие как письмо и другие знаки, способные различать единицы семантического уровня (морфемы, слова).

ФОБИЯ – навязчивый страх или боязнь каких-либо ситуаций, не представляющих непосредственной угрозы: закрытых помещений, открытых пространств, высоты, глубины и т.д.

ФОНЕМА [греч. phonema звук] — минимальная единица звукового строя языка; фонемы служат для построения и различения значимых единиц языка: морфем, слов, предложений.

ФОНЕМАТИКА — обширная область знаний, включающая кроме фонетики и фонологии физический, физиологический и психологический аспекты речеобразования.

ФОНЕМАТИЧЕСКИЙ — относящийся к фонеме, к фонемному составу языка.

ФОНЕМАТИЧЕСКИЙ СЛУХ, ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ— способность человека к анализу и синтезу речевых звуков, т. е. слух, обеспечивающий восприятие фонем данного языка.

ФОНЕТИКА — раздел языкознания, изучающий акустические и физиологические (артикуляционные) особенности звуков речи.

ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ (ФФНР) — нарушение звукопроизношение (фонетический компонент) и несформированность навыков фонематического восприятия, анализа и синтеза.

ФРУСТРАЦИЯ – наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность) и преграды, препятствующие этому достижению.

ЭГОЦЕНТРИЗМ — неспособность встать на позицию другого человека, понять его точку зрения.

ЭЙФОРИЯ — приподнятое, возбужденное состояние.

ЭКСТРАВЕРТНОСТЬ - общительность, склонность к быстрому заведению новых контактов.

ЭКСПЕРИМЕНТ [лат. experimentum, проба, опыт] — 1) научно поставленный опыт, наблюдение исследуемого явления в точно учитываемых условиях, позволяющих следить за ходом явления и многократно воспроизводить его при повторении этих условий; 2) вообще опыт, попытка осуществить что-либо.

ЭКСПЕРИМЕНТ ОБУЧАЮЩИЙ — один из наиболее сложных и продуктивных методов эксперимента; служит основой для построения наиболее эффективных методов работы с аномальными детьми, направленных на компенсацию их дефектов.

ЭМПАТИЯ [эм- + греч. pathos чувство, переживание] — ощущение понимания и сопереживания психологического состояния другого человека.

ЭМПАТИЯ ВО ВРЕМЯ КОММУНИКАТИВНО АКТА – это понимание эмоционального состояния речевого партнера, которое он проявляет через свою речь, его переживаний и выражение ему в своих репликах этого понимания, сочувствия, хотя и не обязательно согласия со всем, что он говорит, духовно-нравственного принятия.

Эмпатическое слушание подразумевает совмещение понимания и сочувствия -

сопереживания.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ЛАБИЛЬНОСТЬ – легкая смена настроений, кратковременность и неустойчивость переживаний.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ – состояние повышенной готовности к действию, сопровождаемое ощущением, что необходимо что-то делать, но неясно, что именно.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ – склонность человека подолгу застревать на каких-либо переживаниях, особенно – неприятных.

ЭНУРЕЗ – процесс недержания мочи (связан с процессами нервного перенапряжения, незрелости психических процессов и т.д.).

ЭНКОПРЕЗ – процесс недержания кала.

ЭПИЛЕПТОИДНАЯ АКЦЕНТУАЦИЯ – патологический тип развития личности, при котором развиты чрезмерное внимание к мелочам, взрывчатость, высокая ригидность.

ЭТИОЛОГИЯ [этио- + греч. logos учение, наука] — 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Основной диагностический материал

Для углубленной психолого-педагогической диагностики участников программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»

Источник: Технология психолого-педагогической диагностики детей и подростков от 3 до 18 лет в условиях специализированного психологического центра (учебно-методическое пособие для педагогов-психологов общеобразовательных организаций и ППМС центров) / Под общ. ред. С. Н. Сюриной. – Красногорск, 2014. – 138 с., ISBN 978-5-9906587-0-7

Углубленная психолого-педагогическая диагностика в условиях специализированного психологического центра имеет ряд особенностей. Главной задачей углубленной психолого-педагогической диагностики ребенка в условиях специализированного психологического центра является установление прямых причинно-следственных связей с основными проблемами, которые волнуют родителей (законных представителей), самого ребенка и педагогов, с обязательным соотношением полученных данных диагностики с возрастными нормами. В процессе первичной углубленной психолого-педагогической диагностики педагогом-психологом проводится обследование всех процессов, свойств и качеств личности ребенка (основные блоки – высшие психические функции, эмоционально-волевая и коммуникативная сферы личности). При этом следует учитывать этапность самого процесса диагностики:

1 этап (Первичный прием родителей (законных представителей) ребенка)

Прием проводится в ходе 1-2 встреч (в зависимости от состояния клиента и темповых характеристик речи), продолжительностью около часа в виде доверительной беседы с применением приемов эмпатического слушания. С целью уточнения запроса и феноменологии клиента, сбора анкетных и анамнестических данных, истории пренатального и постнатального, раннего развития ребенка, данных о семье и социальной ситуации развития.

Сбор информации производится при использовании бланка-карты. Ответы на вопросы психолога, не вошедшие в карту, и свободные высказывания клиентов фиксируются в протоколе беседы с родителями с комментариями (невербальные проявления, поведенческие реакции и пр.) и указанием вопросов педагога-психолога.

Социальная ситуация развития, семейная история и отношения с родственниками фиксируются в том числе с помощью генограммы с использованием специальных символов и знаков (3-4 поколения).

Источником дополнительной информации об истории развития, перенесенных заболеваниях и текущем состоянии здоровья ребенка служат выписка из истории развития, медицинская карта и другие официальные медицинские документы, предоставленные родителями.

Уточняющие вопросы задаются в ходе обследования и первичного приема при недостатке или нечеткости информации, и ответы родителей так же фиксируются при заполнении бланков первичного приема и обследования. (Причины переездов, разводов, особенности отношений между детьми в семье, типы и причины конфликтов и пр.).

2 этап (Углубленная психолого-педагогическая диагностика ребенка)

Как правило, проводится в ходе 1-2 занятий (в зависимости от состояния ребенка и темповых характеристик деятельности), продолжительностью 35-40 минут с использованием бланка обследования. При проведении обследования необходимыми условиями являются: учет возраста и уровня актуального развития данного ребенка, оказание помощи ребенку при затруднениях в выполнении методик и при необходимости проведение обучающего эксперимента, создание доверительной атмосферы. Психолого-педагогической диагностике подлежат все стороны личности ребенка, сформированность базовых высших психических

функций, аналитико-синтетическая деятельность, эмоционально-волевая и коммуникативная сферы.

3 этап (Беседа с родителями по результатам обследования (Обратная связь))

Этичное и корректное предъявление родителям результатов обследования ребенка, оценки уровня его актуального развития (с учетом феноменологии клиента). Рекомендации педагога-психолога по предполагаемым дальнейшим действиям родителей и специалистов. (Например: коррекционно-развивающие занятия, обследование психоневролога, логопеда и т.д).

В ходе психолого-педагогической диагностики оценивается ряд интегральных показателей к которым относятся в т.ч. внешний вид и особенности поведения ребенка, изменения эмоционального фона настроения, темп работы, уровень работоспособности, устойчивость деятельности, сформированность регуляторных функций, особенности латерализации и особенности двигательной сферы.

Особенности внешнего вида и поведения Внешний вид ребенка

Фиксируются опрятность и аккуратность, особенности телосложения, соответствие возрасту уровня физического развития.

Особенности поведения

Фиксируются такие особенности поведения как легкость или трудность вступления в контакт, волнение, застенчивость, наличие нерешительности; неуверенности в собственных силах; самоуверенность, любовь к игре или деятельности в одиночестве, возможность или невозможность удержания зрительного контакта с другими людьми, повышенная чувствительность или нечувствительность к изменению дистанции общения.

В этом возрасте нормативно ребенок принимает ситуацию экспертизы. При оценке особенностей развития ребенка психологом отмечаются и анализируются все способы и виды взаимодействия, объем и тип оказанной помощи.

Изменения эмоционального фона

Фиксируются такие изменения эмоционального фона как перепады в настроении, плаксивость, наличие страхов, боязни (например, закрытых помещений) или неадекватного смеха, негативизма - как результата утомления.

Характеристики деятельности и регуляторных функций Темп работы

Нормативным следует считать равномерный, устойчивый темп деятельности: ребенок успевает сделать все, что запланировал психолог (педагог).

Следует выделить следующие параметры темпа деятельности:

- резкое снижение темпа, обусловленное утомлением (физическим или психическим);
- неравномерность или колебания темпа деятельности;
- низкий индивидуальный темп деятельности, проявляющийся во всех сферах психической деятельности (как правило, связанный с общим невысоким уровнем психической активности, психического тонуса);
- ситуативное (психологически обусловленное) снижение темпа деятельности, вплоть до ступора;
- ситуативное, соматически обусловленное снижение темпа деятельности.

Темп деятельности нормативно снижается на фоне утомления после ответственных и трудных заданий (самостоятельных или контрольных работ), а также часто связан с такими особенностями современных детей, как метеочувствительность, соматическая ослабленность, а часто и недостаточное или нерациональное питание.

Уровень работоспособности

Для однотипной или продолжительной деятельности можно выделить определенные периоды:

- период вработывания в тот или иной вид деятельности (различный по своей длительности у разных детей);

период оптимальной работоспособности;
утомление.

Утомление может оцениваться не только по результативности деятельности (изменение почерка, нарастание количества ошибок, пропуски заданий, недописки), но и по внешним признакам. К последним (объективным с точки зрения физиологических механизмов проявлений утомления) следует отнести появление двигательного дискомфорта, проявляющегося в суетливости, частых изменениях позы, посадки, подгибании под себя ног, подпирании головы руками. Ребенок начинает зевать, делать частые и глубокие вздохи, тереть глаза и т.п.

К проявлениям утомления также можно отнести появление стереотипных двигательных реакций: жевание ручки, накручивание волос на палец, потирания, комканье краев одежды, в том числе и появление истинных аутостимуляционных движений, таких, как раскачивание, ритмическое похлопывание стопой, пальцами по парте.

Используя метод наблюдения, можно выделить такие параметры работоспособности:

- слишком быстрое некомпенсируемое утомление (низкая работоспособность);
- относительно медленное, но стойкое, некомпенсируемое утомление (низкая работоспособность);
- быстрое, но компенсируемое утомление, связанное, в первую очередь, с мотивацией деятельности;
- пресыщение деятельностью, связанное, в первую очередь, с мотивацией деятельности.

Появление признаков утомления и наступление самого утомления (то есть снижения работоспособности) сказывается не только на характере деятельности и параметрах внимания, но и на темпе деятельности.

Устойчивость деятельности

Диагностические критерии:

- возможность целенаправленной деятельности ребенка,
- способность сосредоточения его на конкретном задании.

При анализе результатов обязательно отражаются изменения характера и стиля деятельности в процессе всего периода работы. Анализируется сформированность произвольной регуляции деятельности на всех уровнях: программирования и контроля за своими действиями и эмоциональной регуляции.

Сформированность регуляторных функций

Диагностические критерии:

- наличие возможности целенаправленной организации собственной деятельности, произвольной регуляции ребенком своей познавательной активности, в том числе и в смысле возможности ограничения (или даже прекращения) собственной деятельности;
- возможность удержания программы выполнения тех или иных заданий, которые входят в состав данной диагностической методики;
- Удерживает ли инструкции (да, нет, необходима помощь);
- Удерживает ли программы выполнения заданий как невербального, так и вербального характера (да, нет, при вынесении программы во вне);
- Распределение внимания по ряду признаков одновременно: (по 1 признаку, по 2 признакам при незначительной помощи, по нескольким признакам самостоятельно)

Возрастные особенности:

5-6 лет.

Ребенок может удерживать инструкции, иногда помогает себе «проговариванием», самостоятельно обнаруживает ошибки, может их исправить. Программу деятельности удерживает, но при этом нуждается в организующей помощи взрослого. В целом доступно распределение внимания не более чем по двум признакам одновременно.

6,5-7 лет.

Ребенок удерживает инструкцию, при выполнении сложных заданий иногда нуждается в повторении. К этому возрасту ребенок способен удержать программу выполнения заданий

вербального или невербального характера, способен самостоятельно исправлять очевидные ошибки. Доступно уже распределение внимания по трем признакам одновременно

Особенности латерализации и особенности двигательной сферы

Диагностические критерии:

- общая моторная гармоничность;
- ловкость ребенка, возможность выполнять достаточно сложные ритмические и координированные движения;
- сформированность мелкой моторики;
- сформированность навыков графической деятельности;
- оценивается наличие (преимущественное) правосторонних, смешанных или левосторонних предпочтений, не только при выполнении специальных проб, но и в ходе обследования в целом;
- наличие более 2-3-х неправосторонних предпочтений будет свидетельствовать о специфике формирования межфункциональных взаимодействий.

Исследование предпочтений той или иной руки или ноги в пробах:

- **переплетение пальцев рук** (кистевая проба) — большой палец ведущей руки будет находиться сверху;
- **проба «Попрыгай на одной ноге»** (определяется нога, с которой ребенок начинает прыгать, а также качество прыжков— на ведущей ноге ребенок прыгает лучше и устойчивей);
- **Проба «Посмотри в подзорную трубу»** (для рассматривания выделенной точки пространства используется ведущий глаз);
- **Проба «Телефонная трубка»** (определяется рука, которая потянется к телефонной трубке и для прислушивания используется ведущее ухо).

Форма карты первичного приема родителей (законных представителей)

Карта № _____

Первичный прием (специалист) _____

Дата _____ Время _____

Анкетные данные

Ф.И.О. _____

Дата _____

рождения _____

Школа № _____ класс _____ Д/сад _____ группа _____

Адрес _____

Телефон (дом) _____ (моб.) _____

Ф.И.О. матери _____

Возраст _____ образование _____

Кем работает _____ время начала и конца раб. дня _____

Ф.И.О. отца _____

Возраст _____ образование _____

Кем работает _____ время начала и конца раб. дня _____

Причина обращения _____

Кто направил _____

Когда началась проблема _____

Анамнестические данные

Возраст матери на момент рождения ребенка _____ . Кем работала _____

Возраст отца на момент рождения ребенка _____ . Кем работал _____

Беременность: - токсикоз (слабый, выраженный) _____ , анемия _____ , инфекционные заболевания _____ , резус-конфликт, _____ отеки _____

_____ повышенное АД _____ , кровотечения _____ , угроза выкидыша(срок) _____

_____ ОРЗ _____ , травмы матери _____ ,

медицинское лечение (амбулаторное, стационар) _____ наследственные

заболевания _____

Психотравмирующие ситуации (да, нет) _____

Какая по счету беременность _____

Была ли беременность запланированной _____

Работала ли мать во время беременности _____ до какого месяца _____

Родовспоможение: стимуляция, капельница, механическое выдавливание плода, щипцы,

вакуум, кесарево сечение, наркоз _____

Шкала Апгар _____ Рост, вес ребенка _____

Наличие родовых осложнений _____

Стационарное лечение после родов (да, нет) _____

Грудное вскармливание _____ до какого месяца _____ Всегда ли присутствовала мама (до 3 лет) _____

Раннее развитие: гуление _____ сидение _____ ползание _____ ходьба _____

речь _____ приучение к горшку _____

Отмечались: гипер/гипотонус, вздрагивание, тремор, тики, энурез _____

Перенесенные заболевания, травмы, хирургические операции (во сколько лет) _____

Медотводы от прививок _____ Причина _____

Состоит ли ребенок на учете у специалистов (врачей) _____

Состав семьи и жилищные условия

Состав семьи _____

Сколько детей в семье _____ . Когда родились _____

Какие отношения между братьями и сестрами _____

Сколько комнат в вашей квартире _____ Есть ли у ребенка отдельная комната (да, нет) _____

Есть ли у ребенка отдельная постель (да, нет) _____

Посещал ли ребенок д/сад _____ Какая группа (массовая, логопедическая) _____

Когда ребенок пошел в детский сад _____

Были ли проблемы, связанные с посещением д/сада _____ если «да», то какие _____

Были ли жалобы на ребенка _____

Были ли конфликты в семье (да, нет) (ссоры, скандалы, развод и т.п.) _____

Есть ли конфликты сейчас _____

Были ли переходы из одной школы в другую и по какой причине _____

Какое участие принимает отец в уходе и воспитании _____

Воспитывался ли ребенок у бабушки, тети, дедушки _____

Был ли ребенок свидетелем травмирующей ситуации (смерти, тяжелой болезни или аварии на дороге и др.) _____

Были ли проблемы с поступлением в школу _____

Есть ли у ребенка постоянные обязанности _____

С кем из взрослых ребенок проводит большую часть времени _____

Какие театры и музеи посещал ребенок _____

Какие кружки и секции посещает ребенок _____

Характер вашего ребенка (наиболее важное на ваш взгляд) _____

Жалобы со стороны учителей _____

Жалобы ребенка _____

Что вы считаете необходимым сообщить о своем ребенке _____

" _____ " _____ 20 года

Подпись педагога-психолога _____ / _____ /

Форма протокола беседы с родителями (законными представителями)
Ф.И.О. _____ Возраст _____

Вопросы педагога-психолога	Ответы родителя (законного представителя)	Комментарии (невербальные проявления, чувства психолога)

Дата _____

Подпись психолога _____

ГЕНОГРАММА СЕМЬИ

Вопросы генограммы:

1. Какие серьезные (физические) заболевания есть в вашей семье?
2. Какие эмоциональные заболевания? (алкоголизм, наркомания, психические заболевания).
3. Какие были смертельные исходы и каковы были причины смерти?
4. Какие разводы или разделения супругов?
5. Как лучше всего вы могли бы описать личные качества каждого члена семьи?
6. Как члены семьи выражают любовь и привязанность? Как вы об этом узнаете?
7. Как члены семьи спорят? Как они выражают гнев? Откуда вы знаете, что они злятся?
8. Кто был экстравертом, а кто был интровертом?
9. Какие союзы, коалиции и подсистемы есть в вашей семье? Каковы их правила и ограничения?
10. Как члены вашей семьи общаются между собой? (словами, жестами, выражениями, языком тела)
11. Как в вашей семье проявляется мужественность и женственность?
12. Каковы ваши семейные "можно" и "нельзя", "должен" и "не должен"?
13. Что происходит с чувствами в вашей семье: их признают, сообщают о них или избегают их проявления?
14. Как принимаются решения в вашей семье? Кто их принимает? Кто вовлекается?

Символы генограммы



- мужчины, мальчики



- женщины, девочки

дата рождения 1940

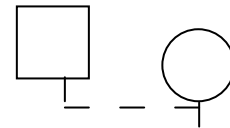
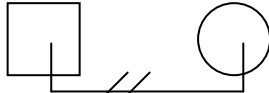
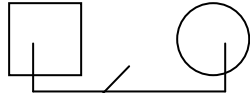
дата 2007 смерти

дата рождения 1950

дата смерти 2000



СЕМЕЙНАЯ ПАРА



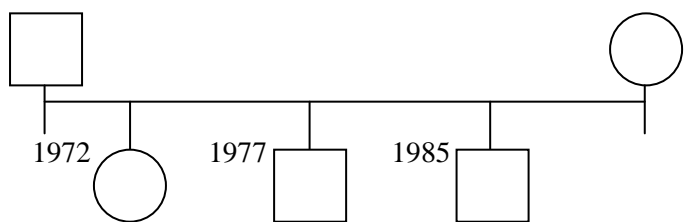
1989
год
бракосочетания

1996-1990
прекращение
отношений,
но не развод

1989-1999
развод
(// ближе к тому родителю,
с кем остался ребенок)

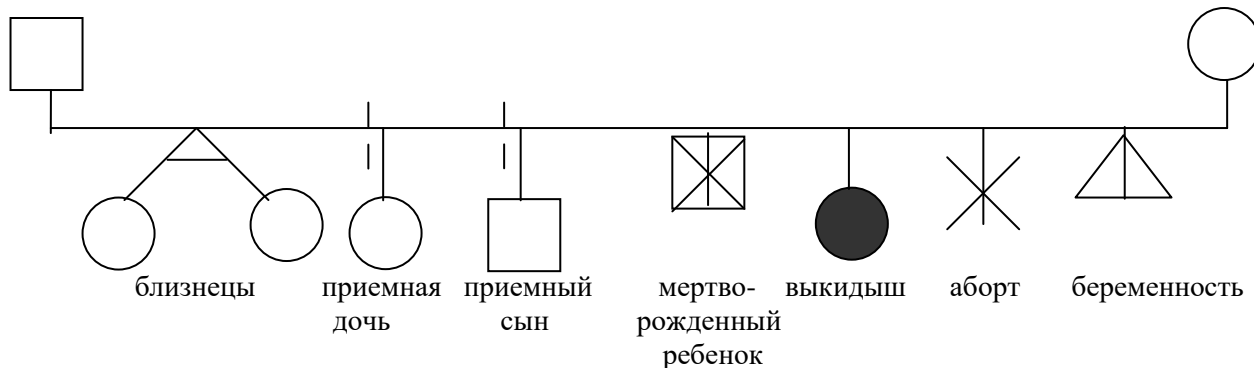
отношения не зарегистрированы
официально

ДЕТИ



Дети указываются от старшего к младшему

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ



близнецы

приемная
дочь

приемный
сын

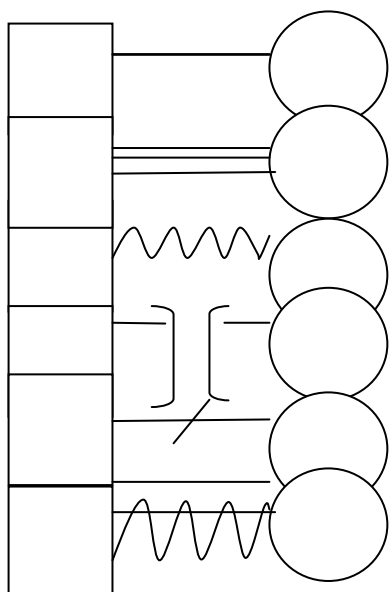
мертво-
рожденный
ребенок

выкидыш

аборт

беременность

ВИДЫ ОТНОШЕНИЙ



Близкие отношения

Симбиоз

Конфликт

Разрыв отношений

Дистанция

Слияние и конфликт

Протокол психолого-педагогического обследования подростков 11-18 лет

Ф.И.О. ребенка _____ Возраст _____
 Дата и время приема _____ Специалист _____

Особенности внешнего вида и поведения: _____

Внимание

Корректурная проба

Общее время выполнения задания

Минуты	1	2	3	4	5
Количество строк/знаков					
Количество ошибок					

Методика Мюнстенберга _____

количество отмеченных слов _____

количество пропущенных слов _____

Таблицы Шульце

№	Время выполнения
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Методика Крепелина _____

Отсчитывание _____

Память по А.Р. Лурия (10 слов)

Воспроизведено									
№ Слова		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>Отсроч.</u>
		гора	Зонт						
игла	Волк								
роза	Шар								
кошка	Дым								
часы	Круг								
хлеб	Луч								
пальто	Роза								
книга	Жук								
окно	Шуба								
пила	Мост								
<u>Лишние слова</u>									

Пиктограмма

Слово	Рисунок	Что поможет запомнить	Воспроизведение

1.	1.-веселый праздник 2.-тяжелая работа 3.-глухая старушка				
2.	1.-вкусный ужин 2.-смелый поступок 3.-голодный человек				
3.	1.-болезнь 2.-разлука 3.-печаль				
4.	1.-строгая учительница 2.-ядовитый вопрос 3.-слепой мальчик				
5.	1.-темная ночь 2.-девочке холодно 3.-мальчик-трус				
6.	1.-счастье 2.-дружба 3.-власть				
7.	1.-ум 2.-сомнение 3.-развитие				
8.	1.-богатство 2.-подвиг 3.-зависть				
9.	1.- несправедливость 2.-обман 3.-война				
10.	1.-помощь 2.-страх 3.-сострадание				

Мышление

«Исключение понятий» - «Обобщение» _____

«Выделение существенных признаков» _____

«Простые аналогии»

1. Проба (1-16) _____

2. Обучающий эксперимент _____

3. Общий результат % _____

4. Проба (16-32) _____

«Сложные аналогии» _____

ШТУР

	Осведомленность 1	Осведомленность 2	Аналогии	Классификация	Обобщения	Числовые ряды	Итог
Баллы							
%							

Исследование эмоционально-личностных особенностей

Рисунок человека

Пол	
Возраст	
Где живет	
С кем	
Какой характер	
Что любит делать	
Чего не любит	
Есть ли друзья	
Что ожидает в будущем	
Добрый/злой	
Какое настроение	
На кого смотрит	
Кто на него смотрит	

Человек под дождем

Пол	
Возраст	
Дождь пошел неожиданно?	
Ему нравится дождь? Почему?	
А ты, любишь дождь?	
На него дождь попадает? Куда?	
Как можно помочь?	
Какое настроение под дождем?	
Что будет потом?	

Рисунок семьи

Последовательность рисования:

- Что вы делаете? _____

- У кого самое лучшее настроение? _____

РНЖ

Имя	
Пол	
Возраст	
Где живет	
С кем	
С кем дружит	
Есть ли враги? Кто? Почему они враги?	
Чем питается	
Чем обычно занимается	
Что любит делать	
Чего не любит делать	
Чего боится/или ничего	
Добрый/злой	
3 желания	_____ _____ _____
Какое у него настроение	

Методика незаконченных предложений

Нарушенные отношения:

**Форма психолого-педагогического заключения по результатам обследования
подростков 11-18 лет**

Ф.И.О. _____ Возраст _____
Школа № _____ класс (группа) _____
Запрос специалистов /родителей _____

Внешний вид: (не) соответствует физиологическому возрасту, _____

Поведение в ситуации обследования: общение с психологом (не)затруднено, мотив экспертизы (не)выражен, двигательная расторможенность, импульсивность, скованность, робость, проявление негативизма, (не) критичен, фон настроения ровный(с признаками поведенческих отклонений); настроение: жизнерадостное, подавленное, без особого оттенка, погруженность в себя; «неспецифические» действия _____

Темп работы: быстрый, средний, медленный, равномерный, неравномерный с признаками утомления; причины замедленного темпа работы – обдумывание, тщательность выполнения, отвлекаемость _____

Уровень работоспособности: высокий, средний, низкий.

Общая характеристика деятельности: (не) устойчивая

Сформированность регуляторных функций: сформированы в пределах возрастной нормы, на стадии формирования

Особенности латерализации: праворукий, леворукий, амбидекстр

Характеристика моторики:

- **Общая моторная ловкость:** да, нет.
- **Мелкая моторика:** выше, ниже, норма.

Графическая деятельность(рисунок, письмо): выше, в пределах возрастной нормы, ниже нормы, на этапе формирования _____

Характеристики внимания:

- объем внимания: снижен, в пределах возрастной нормы
- концентрация: снижена, в пределах возрастной нормы
- переключение: снижено, в пределах возрастной нормы
- распределение: снижено, в пределах возрастной нормы
- зоны охранного торможения: (не) выявлены
- другое _____

Особенности мнестической деятельности:

• Механическое слухоречевое запоминание (по А. Лурия):
____, ____ , ____ , ____ , ____ , ____ , ____), отсроченное
воспроизведение
- ____ %, наличие (множественных, единичных)
персевераций, наличие лишних слов _____

• Опосредованное запоминание «Пиктограмма»: точное _____%, ассоциативное _____%, воспроизведено не верно _____%, не воспроизведено _____% трудность/легкость возникновения ассоциаций, ассоциации по второстепенным признакам.

Понимание сложных речевых конструкций, употребление предлогов: сложные речевые конструкции (не) доступны для анализа, предлоги в речи (не) употребляет

Характеристики мыслительной деятельности: инструкция (не) доступна, (не) удерживает с первого предъявления, требует дополнительного разъяснения, многократного повторения

- **аналитико-синтетическая деятельность:** процесс исключения понятий - %, процесс обобщения предметов -.... %, процесс проведения простых аналогий - % процесс проведения сложных аналогий -.....%, процесс выделения существенных признаков-..... %
- **Школьный тест умственного развития (ШТУР):** общий уровень - ___%, осведомленность 1 - ___%, осведомленность 2 - ___% (общая - ___%), аналогии - ___%, классификация - ___%, обобщения - ___%, числовые ряды - ___%.

• **Дополнительные методики:** _____

Уровень тревожности:

Общая _____

Школьная _____

Самооценочная _____

Межличностная _____

Особенности мотивационно - волевой сферы: реакция на успех и похвалу экспериментатора(не)стимулирует деятельность.

Ведущий тип деятельности: игровая, учебная, общение.

Эмоционально-личностные особенности, включая специфику межличностных взаимодействий: _____

Заключение психолога:

Актуальный уровень психического развития ребенка: (не) соответствует возрастной норме, нижняя/верхняя граница возрастной нормы _____

Базовые психические функции: (не) соответствует возрастной норме, нижняя/верхняя граница возрастной нормы _____

Эмоционально-личностная сфера: (не) нарушена _____

Вариант онтогенеза: _____

Рекомендации: _____

Дата _____

Подпись педагога-психолога _____

I. ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ВИДА И ПОВЕДЕНИЯ.

Цель исследования: наблюдение.

Оборудование: диагностический бланк.

Процедура проведения. В процессе обследования психолог отмечает все выделяющиеся особенности внешнего вида и поведения ребенка, его отношение к заданиям и их выполнение, характер взаимоотношений с психологом.

Диагностические критерии:

1. эмоциональная реакция ребенка на факт обследования (адекватность поведения).
 - волнение, настороженность, напряженность.
 - возбуждение, неадекватная веселость, фамильярность со взрослым.
 - безразличие, беспричинный смех, несоблюдение дистанции.
2. Мотив экспертизы, критичность, понимание инструкции.
3. Темповые характеристики деятельности.

II. ИССЛЕДОВАНИЕ И ОЦЕНКА ВНИМАНИЯ.

Методика II.1.

«Корректурная проба»

Цель исследования: изучение индивидуальных особенностей устойчивости и концентрации произвольного внимания, переключения, распределения, объема внимания.

Оборудование: Стандартный бланк теста «Корректурная проба» и секундомер. На бланке в случайном порядке напечатаны некоторые буквы русского алфавита, в том числе буквы «к» и «а»; всего 40 рядов по 40 букв в каждом.

Процедура проведения: обследуемым предъявляется бланк.

Инструкция: «На бланке напечатаны буквы русского алфавита. Последовательно рассматривая каждую строчку, отыскивайте буквы «а» и подчеркивайте их, а также буквы «к» и зачеркивайте их. Задание нужно выполнять быстро и точно». Работа проводится на время с требованием максимальной точности. Время работы — 5 минут. Объем внимания оценивается по количеству просмотренных букв, концентрация — по количеству сделанных ошибок. Таким образом, по предоставленной методике оцениваются два показателя. Норма объема внимания — 850 знаков и выше, концентрация — 5 ошибок и менее.

Диагностические критерии:

- -темповые характеристики деятельности (скорость «выполнения» строк, ее изменения)
- -параметры внимания (устойчивость, распределение и переключение)
- -количество ошибок и их характер (ошибки пространственного, оптического типа и т.п.)
- -динамика распределения ошибок в зависимости от этапа работы, темпа и пространственного расположения на листе
- -наличие факторов утомления, истощаемости или вработываемости, стрессовой неустойчивости.
- -ведущий тип мотивации ребенка

Анализ результатов: По количеству правильно выделенных элементов можно установить степень устойчивости внимания, его активный объем, возможность распределения внимания (в соответствии с числом необходимых для выделения элементов). Распределение ошибок на корректурном бланке позволяет оценить особенности внимания. Нарастание ошибок говорит о повышенной утомляемости или истощаемости внимания. Если же ошибки распределяются достаточно равномерно – это свидетельствует о снижении устойчивости внимания, трудностях его произвольной концентрации. Волнообразное появление и исчезновение ошибок чаще всего говорит о колебаниях внимания. При наличии случайных или специальных помех во время выполнения задания можно делать выводы о

стойкости внимания, помехоустойчивости ребенка. Уменьшение ошибок по мере выполнения задания, свидетельствует о стрессовой неустойчивости и вработываемости.

Методика II. II.

«Методика Мюнстенберга»

Цель исследования: определение избирательности и концентрации перцептивного внимания.

Оборудование: Бланк, ручка, секундомер.

Процедура проведения: испытуемому предлагается лист, на котором напечатаны строчками буквы русского алфавита. Среди них в разных местах впечатаны слова, хорошо знакомые испытуемому. Слова имеют разный смысл, разную степень обобщенности. Всего 24 слова (солнце, район, новость, факт, экзамен, прокурор, теория, восприятие, любовь, спектакль, радость, народ, репортаж, конкурс, личность, плавание, комедия, отчаяние, лаборатория, основание, психиатрия). Испытуемый должен как можно быстрее найти слова и подчеркнуть их. На работу отводится 2 минуты.

Инструкция: «На бланке напечатаны буквы русского алфавита, среди которых есть слова в именительном падеже единственного числа. Вам необходимо найти эти слова среди букв и подчеркнуть их, начиная с первой и заканчивая последней. Постарайтесь не подчеркивать лишних букв. Задание нужно выполнить быстро и точно».

Диагностические критерии:

- -общее количество найденных слов
- -количество пропущенных слов
- -количество ошибочно выделенных слов
- -количество слов неправильно воспринятых
- -уровень работоспособности

Методика II. III.

Методика «Таблицы Шульте»

Цель исследования: определение объема, особенностей переключения, устойчивости внимания и динамики работоспособности. А также эффективность работы, степень вработываемости внимания.

Оборудование: пять таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25 (или таблица Шульте-Горбова, с цифрами красного (от 1 до 25) и черного (от 1 до 24) цвета), секундомер.

Процедура проведения: испытуемому поочередно предлагается пять таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания.

Инструкция: Испытуемому предъявляют первую таблицу: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций. Нормативное время выполнения 40-50 сек.

Диагностические критерии:

- -доступность полного удержания инструкции (программы, алгоритма выполнения задания)
- -параметры внимания (объем, устойчивость, возможность его переключения)
- -темп работы
- -наличие истощаемости
- -наличие зон охранного торможения
- -время выполнения задания

Анализ результатов: превышение времени указывает на недостаточную концентрацию внимания, внимание неустойчивое, если отмечается значительное колебание временных

результатов. Наличие « зон охранного торможения», свидетельствует о низком уровне распределения и переключения внимания.

Методика II.IV.

Методика Крепелина

Цель исследования: методика направлена для исследования работоспособности ребёнка, выявления параметров утомляемости и вработываемости.

Оборудование: бланк.

Процедура проведения: испытуемому предлагается производить два действия: сложение и умножение, чередуя строки и, записывая результат под столбиком цифр. Время выполнения первой строки является эталонным для последующих строк. Если последующие строки выполняются быстрее – время фиксируется. По результатам деятельности ребёнка могут быть построены различные кривые, отражающие характеристики работоспособности, указывающие на наличие истощаемости или вработываемости, сформированность математических знаний.

Диагностические критерии:

- - доступность полного удержания инструкции (программы, алгоритма выполнения задания)
- - параметры внимания (устойчивость, переключение)
- - темп работы, равномерность
- -разница темпа сложения чисел и темпа их умножения
- - наличие истощения или вработываемости деятельности (дифференциация процессов)

Методика II.V.

«Отсчитывание»

Цель исследования: оценка осуществления счетных операций и устойчивости внимания.

Оборудование: секундомер, бланк.

Процедура проведения: испытуемому предлагается производить отсчитывание (вычитание) от числа 100 одно и то же число (например семь). $100-7=93$; $93-7=?$ и так далее... Обследуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух называть полученную разность. Экспериментатор записывает ответы в протокол. Замеряется время выполнения задания и промежутки между числами. (100-7). 93...86...79...72..65..58.51..44..37.30.233.16.2

Диагностические критерии:

- -удержание инструкции
- -темп работы
- -наличие истощения или вработываемости

Анализ результатов:

- - ошибки в единицах и главным образом при переходе через десяток - свидетельствуют о некоторой интеллектуальной недостаточности.
- -ошибки в десятках - говорят о неустойчивости внимания.
- -Замедление темпа к концу отсчета – свидетельствует о нарастании утомляемости и истощаемости.

III. ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Методика III.I.

«Запоминание 10 слов по Лурия».

Цель исследования: методика используется для изучения непосредственного кратковременного, произвольного и произвольного запоминания.

Оборудование: бланк с 10 словами

Процедура проведения: Обследуемому зачитывают один из двух вариантов (десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения). После зачитывания предлагается воспроизвести слова в любом порядке. Затем слова зачитываются повторно. Всего проводится семь предъявлений. Через 20—30 минут испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке.

Диагностические критерии:

- -объем слухоречевого запоминания
- -скорость запоминания данного объема слов
- -объем отсроченного воспроизведения
- -особенности мнестической деятельности (наличие вербальных парафазий и лишних слов)
- -особенности слухового, в том числе фонематического восприятия.

Анализ результатов:

- Выделяют следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2) динамику воспроизведения слов (кривая произвольного запоминания).
- Непосредственное запоминание не нарушено — если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.
- Непосредственное запоминание нарушено — если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках менее 7 слов. Чем меньше слов воспроизводится, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.
- Отсроченное воспроизведение не нарушено — если через 20—30 мин без обследуемый воспроизводит не менее 7 запоминаемых слов.
- Отсроченное воспроизведение снижено — если через 20—30 мин обследуемый воспроизводит менее 7 запоминаемых слов.
- Нормальным считается воспроизведение 10 слов после 4—5 повторений, при тренированной памяти — после 2 повторений.
- Зигзагообразный характер воспроизведения свидетельствует о динамическом варианте нарушения памяти и отражает неустойчивость мнестических процессов.
- Наличие множественных вербальных парафазий свидетельствует о снижении критичности мышления и объема слухоречевого запоминания.
- Наличие лишних слов свидетельствует о выраженных зонах эмоционального напряжения или соскальзываниях по ассоциативному ряду.

Методика Ш.П.

Методика «Пиктограмма»

Цель исследования: изучение индивидуальных особенностей памяти и мышления, исследование особенностей опосредованного запоминания, его продуктивности.

Оборудование: : карандаш , бумага А4, бланк с 10 словами и словосочетаниями.

Процедура проведения. В списке для запоминания 10 слов и словосочетаний.

Инструкция: "Этот тест предназначен для изучения зрительной памяти. На листке бумаги надо нарисовать слова или словосочетания, которые я называю. Цифры и буквы рисовать нельзя. Рисовать надо так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные слова или словосочетания». После выполнения задания листочек с рисунками откладывается. Через 35-40 минут испытуемому предлагается вспомнить по рисункам заданные слова.

Диагностические критерии:

- -особенности выполнения пиктограммы (нажим, способ расположения материала, размер рисунков)
- -поведение ребенка в целом (вопросы испытуемого, его спонтанные высказывания, отношение к заданию)
- -темповые характеристики (поиск образа и его воспроизведения)
- -графические навыки и специфика графического изображения
- -доступность самого процесса опосредования с помощью пиктограммы (обобщенная символизация слова)
- - адекватность пояснения ребенком логической связи рисунка и запоминаемого слова
- - объем правильно воспроизведенных слов и словосочетаний

- - критичность к результатам собственной деятельности
- - характер и особенности воспроизведения (полное или не полное воспроизведение)

Анализ результатов:

- Стандартные образы — если рисунки совпадают с культурально обусловленными (например, изображение флагов, шаров для запоминания понятия «веселый праздник»).
- Атрибутивные образы — если при изображении понятий используется принадлежность к чему-то, то есть преобладают рисунки, отражающие неотъемлемую часть понятия (например, изображение блюд, ассоциирующихся с «вкусным ужином»).
- Конкретные образы — если рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).
- Метафоры — если при изображении понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении «болезни»).
- Индивидуально значимые образы — если при изображении понятий используются значимые для данного человека образы (например, ребенок на понятие «счастье»).
- «Органичность» графики — если в рисунках преобладают незаконченные линии, штриховка в тех случаях, когда предполагаются завершенность (круг), повторные линии, персевераторные включения.
- Грубая органическая графика — если преобладают макрографии, подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.
- Геометрические изображения — если понятия запоминаются с помощью геометрических фигур.
- В норме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы.

IV. ИССЛЕДОВАНИЕ СФОРМИРОВАННОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Методика IV.I.

Методика «Исключение понятий» - «Обобщение»

Цель исследования: исследование аналитико-синтетической деятельности испытуемых, их умения строить обобщения.

Оборудование: бланк с серией заданий, отпечатанных на листе бумаги.

Процедура проведения: испытуемому предлагается бланк, на котором напечатаны 15 серий слов, в каждой серии по 4 слова. Три из четырех слов являются в какой-то мере однородными понятиями и могут быть объединены по общему для них признаку, а одно слово не соответствует этим требованиям и должно быть исключено.

Инструкция: «зачеркните слово, которое не подходит по смыслу к данному ряду. Выполнять задание нужно быстро и без ошибок». Убедившись, что принцип работы понятен, ребенку предлагают самостоятельно выполнить задание - фиксируют время и правильность выполнения задания в протоколе.

Диагностические критерии:

- способность удержания инструкции
- уровень сформированности обобщений
- характер ошибок при выполнении обобщающих признаков
- соотношение выделения существенных и несущественных (латентных) обобщающих признаков

Методика IV.II.

Методика «Выделение существенных признаков»

Цель исследования: выявление логичности суждений исследуемого, умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения.

Оборудование: бланк с напечатанными словами, одно из которых стоит перед скобками, а пять внутри них, имеющих отношение и характеризующих слово перед скобками.

Процедура проведения:

Инструкция: « В каждой строчке одно слово находится перед скобками, а пять внутри них. Все слова, находящиеся в скобках, имеют отношение к стоящему перед скобками слову. Вы должны выбрать из пяти два наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками. Выберите только два таких слова и подчеркните их.»

Анализ результатов:

- Ошибочный выбор в виде признаков конкретного типа, например к слову игра ошибочно подбирается слово карта, как конкретный атрибут игры.
- При наличии импульсивности – выбор устанавливается на двух-трех словах из предлагаемых пяти.
- Трудности выполнения свидетельствуют о наличии интеллектуального дефицита.
- Безошибочные ответы ребенка оцениваются знаком плюс (+).
- Если ребенок сделал 1 ошибку в выборе признаков, ответ оценивается знаком минус (-).
- результат считается в процентах и заносится в протокол.

Диагностические критерии:

- способность уловить абстрактное значение тех или иных понятий и отказаться от более легкого, но неверного решения задач.
- возможность удержания инструкции
- характер деятельности (целенаправленность, хаотичность и т. п.).
- доступность выполнения задания.
- характер ошибок при выделении признаков; характер рассуждений ребенка и уровень обобщающих операций.
- объем и характер необходимой помощи со стороны психолога.

Методика IV.III.

Методика «Простые аналогии»

Цель исследования: выявление характера логических связей и отношений между понятиями.

Оборудование: бланк с серией логических заданий, отпечатанных на листе бумаги.

Процедура проведения: Посмотрите, слева написаны два слова – сверху лошадь, снизу – жеребенок. Какая между ними связь? Жеребенок – детеныш лошади. А справа то же: сверху одно слово – корова, а снизу – 5 слов на выбор. Из этих слов надо выбрать только одно, которое также относится к слову корова как жеребенок к лошади, т. е., чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет... теленок. Значит нужно вначале установить, как связаны между собой слова слева, а затем установить такую же связь справа.

Анализ результатов: Обычно испытуемый усваивает порядок решения задач после 2–3 примеров. О неустойчивости, хрупкости процесса мышления, утомляемости можно судить в том случае, если испытуемый делает случайные ошибки 3–4 раза подряд, выбирая слово по конкретной ассоциации, а потом без напоминания решает правильным способом. Подсчитывается количество правильных и ошибочных ответов. Анализируется характер установленных связей между понятиями – конкретные, логические, категориальные. Фиксируется последовательность и устойчивость выбора существенных признаков для установления аналогий. По типу связей можно судить об уровне развития мышления у испытуемого – преобладании наглядных или логических форм.

Диагностические критерии:

- возможность удержания инструкции и логики задания
- доступная сложность задания
- доступность операций установления логических связей и отношений между понятиями
- возможность зрительного анализа большого объема печатного материала
- инертность в выборе связей

- оценка объема и характера необходимой помощи при обучении

Методика IV.IV.

Методика «Сложные аналогии»

Цель исследования: выявление понимания сложных логических отношений и выделение абстрактных связей.

Оборудование: бланк с серией заданий, отпечатанных на листе бумаги.

Процедура проведения: Исследуемого инструктируют, что в верхней части бланка расположены шесть пар слов, каждой из которых присущи определенные отношения:

- 1.«овца-стадо» - часть - целое
- 2.«малина-ягода» - определение
- 3.«море – океан» - количественное отношение
- 4.«свет-темнота» - антонимы
- 5.«отравление – смерть» - причина – следствие
6. «враг – неприятель» - синонимы

Затем внимание исследуемого обращается на расположенные ниже пары слов, принцип связи которых он должен сопоставить с одним из образцов.

Диагностические критерии:

- логический строй мышления, его целенаправленность и критичность.
- возможность удержания инструкции.
- доступная сложность задания.
- доступность операций установления логических связей и отношений между понятиями
- возможность зрительного анализа большого объема печатного материала.
- оценка объема и характера необходимой помощи при обучении

Методика IV.V.

Методика «ШТУР» (Школьный тест умственного развития).

Цель исследования. ШТУР состоит из 6 субтестов, каждый из которых может включать от 15 до 25 однородных заданий: «осведомленность» (2 субтеста), «анalogии», «классификации», «обобщение», «числовые ряды». Тест разработан в двух параллельных формах А и Б. Два первых субтеста направлены на выявление общей осведомленности школьников и позволяют судить о том, насколько адекватно используют учащиеся в своей активной и пассивной речи некоторые научно-культурные и общественно-политические термины и понятия. Третий субтест направлен на выявление умения устанавливать аналогии, четвертый - логические классификации, пятый - логические обобщения, шестой - нахождение правила построения числового ряда. Время, отведенное на выполнение каждого субтеста, ограничено и является вполне достаточным для всех учащихся.

Оборудование: ручка, бланки, секундомер

Процедура проведения: Для правильного проведения тестирования необходимо строго соблюдать инструкции, контролировать время выполнения субтестов (с помощью секундомера), не помогать испытуемым при выполнении заданий. При групповом тестировании должны участвовать два экспериментатора. Один из них зачитывает инструкции и следит за временем тестирования, другой наблюдает за учащимися, предупреждая нарушение ими инструкций.

Время проведения субтестов:

Субтест	Число заданий в субтесте	Время выполнения, мин
1. Осведомленность 1	20	8
2. Осведомленность 2	20	4
3. Аналогии	25	10
4. Классификации	20	7
5. Обобщения	19	8
6. Числовые ряды	15	7

Инструкция: "Сейчас вам будут предложены задания, которые предназначены для того, чтобы выявить умения рассуждать, сравнивать предметы и явления окружающего мира, находить в них общее и различное. Эти задания отличаются от того, что вам приходится выполнять на уроках. Для выполнения заданий вам понадобятся ручка и бланки, которые мы вам раздадим. Вы будете выполнять разные наборы заданий. Перед предъявлением каждого набора дается описание этого типа заданий и на примерах объясняется способ их решения. На выполнение каждого набора заданий отводится ограниченное время. Начинать и заканчивать работу надо будет по нашей команде. Все задания следует решать строго по порядку. Не задерживайтесь слишком долго на одном задании. Старайтесь работать быстро и без ошибок!"

После прочтения этой инструкции экспериментатор раздает тестовые тетради и просит заполнить в них графы, в которые вносятся такие сведения: фамилия и имя учащегося, дата проведения эксперимента, класс и номер школы, где он учится. Проконтролировав правильность заполнения этих граф, экспериментатор предлагает учащимся отложить в сторону ручки и внимательно его выслушать. Затем он зачитывает инструкцию и разбирает примеры первого субтеста, далее спрашивает, есть ли вопросы. Чтобы условия тестирования были всегда одинаковыми, при ответах на вопросы экспериментатору следует просто вновь зачитать соответствующее место текста инструкции. После этого дается указание перевернуть страницу и начинать выполнять задания. При этом экспериментатор незаметно включает секундомер (чтобы не фиксировать на этом внимание и не создавать у них чувства напряженности). По истечении времени, отведенного на выполнение первого субтеста, экспериментатор решительно прерывает работу испытуемых словом "стоп", предлагая им положить ручки, и начинает читать инструкцию к следующему субтесту. В ходе проведения тестирования необходимо контролировать, правильно ли испытуемые переворачивают страницы и выполняют другие требования экспериментатора.

Диагностические критерии:

Количественный и качественный анализ результатов ШТУРа дает возможность с разных сторон оценивать умственное развитие как отдельного ученика, так и группы учащихся. На основании замеченных недостатков в умственном развитии можно наметить конкретную схему коррекционной работы по их устранению.

Количественная обработка

1) индивидуальные показатели по каждому набору заданий (за исключением субтеста 5) - балл по тесту и субтесту - выводятся путем подсчета количества правильно выполненных заданий. Пример: если испытуемый А в субтесте 3 правильно решил 13 заданий, то его балл по этому субтесту будет равен 13;

2) результаты субтеста 5 оцениваются в зависимости от качества обобщения 2 баллами, 1 баллом и 0. Для обработки следует использовать таблицы примерных ответов, даваемых в заданиях на обобщение. Ответы, оцениваемые 2 баллами, приведены в таблице достаточно полно. Только приведенные ответы, а также их синонимические замены можно оценивать 2 баллами.

Перечень ответов, оцениваемых 1 баллом, является менее полным, так как здесь у испытуемых гораздо больше возможностей для выбора. После логического анализа 1 баллом можно оценить ответы, отличающиеся от приведенных в таблице.

При этом следует иметь в виду, что 1 балл получают ответы, представляющие собой более широкие, по сравнению с правильными, категориальные обобщения, а также правильные, но наиболее узкие, чем необходимо, частные обобщения.

Неправильные ответы оцениваются 0. Примеры таких ответов приводятся в таблицах.

Максимальное количество баллов, которое может получить учащийся при выполнении субтеста 5, равно 38. Это число соответствует стопроцентному выполнению этого субтеста;

3) индивидуальным показателем выполнения теста в целом является сумма баллов, полученных при сложении результатов решения всех субтестов.

По замыслу полный состав теста принимается за норматив умственного развития. С ним сравнивается число заданий, выполненных данным учащимся. Устанавливается процент

выполнения заданий, и это определяет количественную сторону работы испытуемого. Имеется разработанная схема представления количественных результатов ШТУРа.

4) если предлагается сравнение групп испытуемых между собой, то групповыми показателями по каждому субтесту могут служить значения среднего арифметического.

Для анализа групповых данных относительно их близости к социально-психологическому нормативу, условно рассматриваемому как стопроцентное выполнение каждого субтеста, все испытуемые подразделяются по результатам тестирования на 5 подгрупп:

первая - наиболее успешные - 10%;

вторая - близкие к успешным - 20%;

третья - средние по успешности - 40%;

четвертая - малоуспешные - 20%;

пятая - наименее успешные-10%.

Для каждой из подгрупп подсчитывается средний процент правильно выполненных заданий. Строится система координат, где по оси абсцисс идут номера подгрупп, по оси ординат - процент выполненных каждой из них заданий. После нанесения соответствующих точек вычерчивается график, отражающий приближение каждой из подгрупп к социально-психологическому нормативу.

Такой же вид обработки проводится и по результатам всего теста в целом. Полученные при этом графики позволяют дать наглядное сравнение успешности выполнения ШТУРа учащимися как одного, так и разных классов;

5) установлено, что с возрастом увеличивается разрыв в умственном развитии между лучшими учащимися одной и той же выборки, лучшая часть учащихся быстрее (с возрастом) приближается к требованиям социально-психологического норматива, в то время как слабо выполняющие тест практически остаются на том же уровне. Этот факт должен учитываться школьными психологами: не следует ожидать, что отставание пройдет само собой; напротив, отставание может усилиться. Поэтому следовало бы интенсивнее заниматься с отстающими по тесту учащимися для скорейшего преодоления пробелов их умственного развития;

б) при анализе результатов отдельного учащегося глобальные оценки умственного развития типа "лучше", "хуже", "выше", "ниже", основанные на подсчете баллов, полученных им при выполнении теста, и в сравнении с группой (или нормой) мало что дают для понимания своеобразия умственного развития. Однако в качестве первого шага для получения самого общего впечатления об ученике можно рекомендовать подсчитать его общий балл. При этом следует иметь в виду, что общие баллы шестиклассника ниже 30, семиклассника ниже 40, восьми- девятиклассника ниже 45 рассматриваются как очень низкие и свидетельствуют о низком умственном развитии. Об относительно высоком умственном развитии говорят общие баллы выше 75 у шестиклассника, 90-у семиклассника и 100 - у восьми-девяятиклассника.

Общий балл по тесту может объединить неодинаковые вклады каждого субтеста. Поэтому следующий этап анализа - выяснение количества баллов, полученных учащимися по каждому субтесту.

Количественная характеристика умственного развития учащихся подлежит дополнительно качественной, в которой дается психологическая интерпретация выполненных и невыполненных заданий.

КАЧЕСТВЕННОЕ ОПИСАНИЕ СУБТЕСТОВ

ФОРМА А

СУБТЕСТ №3 АНАЛОГИИ

Отнесенность заданий к разным школьным предметам;

Литература, русский язык — №№ 1,7,10, 14

Математика, физика — №№ 4,5,6,9,16,21,22

История — №№ 14,15,20,22,24

Биология — №№ 3,8,18,23

География — №№ 11,13,17,19

Отнесенность заданий к разным типам логических связей:

Род-вид — №№ 2,4,10,17,23

Часть-целое — №№ 8,16,25

Причина-следствие — №№ 9,15,19

Противоположность — №№ 5,9,14,24

Порядок следования — № 12

Рядоположенность — № 20

Функциональные отношения — №№ 1, 3,6,7,13,18,21,22

СУБТЕСТ №4 КЛАССИФИКАЦИЯ

Отнесенность к разным школьным предметам:

Литература, русский язык — №№ 1, 4,7,10,17

Математика, физика — №№ 2,6,14,20

История — №№ 5,8,11,15

Биология — №№ 9,12,19

География — №№ 3, 13,16,18

Задания с абстрактными понятиями — №№ 7,8,10,14

Смешанные задания — №№ 3,6,12,13,15,18,20

Задания с конкретными понятиями — №№ 1,2,4,5,9,11,17,19

СУБТЕСТ № 5 ОБОБЩЕНИЕ

Отнесенность к разным школьным предметам:

Литература, русский язык - №№ 1,10,17

Математика, физика - №№ 2,6,12,15

История - №№ 4,9,13,18

Биология - №№ 3,7,14

География - №№ 5,8,11,16,19

ФОРМА Б

СУБТЕСТ №3 АНАЛОГИИ

Отнесенность заданий к разным школьным предметам

Литература, русский язык — №№ 3, 7, 11, 14, 18

Математика, физика — №№ 1, 8,10, 12, 15, 17, 22

История — №№ 2, 9, 13, 19, 25

Биология — №№ 5, 16, 21, 23

География — №№ 4, 6, 19, 24.

Отнесенность заданий к разным типам логических связей:

Род-вид — №№ 4, 11, 13, 15, 16.

Часть-целое — №№ 11,10, 18, 23.

Причина-следствие — №№ 9, 12, 20, 21.

Противоположность — №№ 1,6, 14, 25.

Порядок следования — № 19.

Рядоположенность — № 2.

Функциональные отношения — №№ 3, 5, 7, 8, 17, 22, 24.

СУБТЕСТ №4 КЛАССИФИКАЦИЯ

Отнесенность к разным школьным предметам:

Литература, русский язык — №№ 1, 3, 8, 15, 19

Математика, физика — №№ 4, 5, 11, 18

История — №№ 6, 7, 16, 20

Биология — №№ 9, 13, 21

География — №№ 2, 10, 12, 14

Задания с абстрактными понятиями — №№ 3, 4,8, 15, 20, 21

Смешанные задания — №№ 2, 11, 12, 14, 16

Задания с конкретными понятиями — №№ 1, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 18, 19

СУБТЕСТ № 5 ОБОБЩЕНИЕ

Отнесенность к разным школьным предметам:

Литература, русский язык - №№ 10,15,19

Математика, физика - №№ 2,4,9

История - №№ 6,11,13

Биология - №№ 3,7,18

География - №№ 1,5,12,14,16

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

1. Индивидуальные показатели по каждому набору заданий (за исключением № 5) выводятся путем подсчета количества правильных выполненных заданий.

ПРИМЕР: Если испытуемый в наборе 3 правильно решил 13 заданий, то его балл по этому субтесту будет равен 13.

Результаты набора заданий № 5 оцениваются в зависимости от качества обобщения в 2 балла, 1 баллом, 0. Оценку 2 балла получают обобщения, приведенные в таблице правильных ответов. (Возможны синонимические замены понятий). Более широкие, по сравнению с приведенными в таблице, категориальные обобщения оцениваются в 1 балл.

НАПРИМЕР: Если испытуемый в задании 3 (форма А) дал ответ «наука», то он получает оценку 1 балл. Оценкой в один балл оцениваются также правильные ответы, но более узкие частные обобщения, чем приведены в таблице.

НАПРИМЕР: Ответ к заданию 18 (форма А) — литературные направления. Нулевую оценку получают неправильные ответы, максимальное количество баллов, которое может получить испытуемый при выполнении этого субтеста, равно 38. Эта цифра соответствует 100% выполнения набора № 5.

Индивидуальными показателями выполнения тестов в целом является сумма баллов, полученных при сложении результатов решения всех наборов заданий.

Если предлагается сравнение групп испытуемых между собой, то групповыми показателями по каждому набору заданий могут служить значения среднего арифметического и моды. Для анализа групповых данных относительно их близости к социально-психологическому нормативу, условно рассматриваемому как 100% выполнения каждого субтеста, испытуемые по результатам тестирования разделяются на 5 подгрупп:

наиболее успешные — 10% всех испытуемых;

близкие к успешным — 20%;

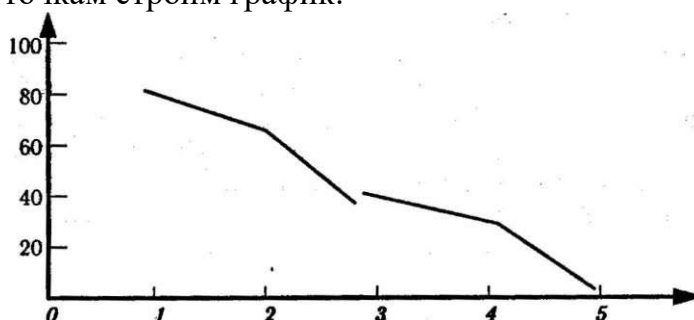
средние по успешности — 40%;

малоуспешные — 20%;

наименее успешные — 10%.

Для каждой из подгрупп подсчитывается средний процент правильно выполненных заданий. Строится система координат, где по оси абсцисс идут номера групп, по оси ординат — процент выполненных каждой группой заданий. После нанесения соответствующих точек вычерчивается график, отражающий приближение подгрупп к социально-психологическому нормативу. Такой же вид обработки проводится и по результатам всего теста в целом.

ПРИМЕР: Тестирование проведено на группу 100 человек. На основании полученных по тесту баллов выделяем первую группу — 10 чел., получивших наибольшие баллы. Допустим, средний процент выполнения в этой группе равен 85 %. Вторая группа — 20 человек. В среднем выполнила задание на 67 %. Третья группа — 10 человек — на 43 %. Четвертая группа — 20 человек — на 27 %, 5 группа — 10 человек — на 11 %. Находим в системе координат соответствующие точки: а) с параметрами 1 и 85; б) с параметрами 2 и 67; в) 3 и 43; г) 4 и 27; д) 45 и 11. По точкам строим график:



5. Качественный анализ тестовых результатов (как индивидуальных, так и групповых) проводится в следующем направлении:

А. Для набора заданий № 3 выявляются:

а) самый отработанный (легкий) и наиболее трудный типы логических связей, исследующих заложенные в тест — вид-род, причина-следствие, часть -целое, противоположности функциональные связи, типичные ошибки при установлении логических связей.

б) Наиболее усвоенные и наименее усвоенные области содержат тесты (литература, история, математика, география, физика, биология) и циклы школьных дисциплин — общественно- гуманитарный, естественнонаучный, физико-математический.

Б. Для набора заданий № 4 устанавливается: а) задание с каким содержанием выполняется лучше, и задания — с каким хуже.

б) задания какого типа — с конкретными или абстрактными понятиями — выполняются хуже, провоцируют большое количество ошибок.

В. В наборе 5 выделяется:

а) характер типичных обобщений (по конкретному видовому, категориальному признакам).

б) характер типичных ошибок и на каких понятиях (абстрактных или конкретных), а также на каком содержании они возникают.

1) групповой анализ результатов субтестов 1 и 2 должен вскрыть уровень осведомленности учащихся в понятиях, относящихся к двум информационным сферам (общественно-политической и научно-культурной). Для этого следует подсчитать процентное выполнение соответствующих заданий по группе в целом;

Отнесенность заданий субтестов 1 и 2 формы Б к разным областям знаний

Область знаний	№ субтеста «Осведомленность»	
	Субтест 1	Субтест 2
общественно-политическая	2, 4, 7, 13, 17, 18, 20	2, 3, 9, 11, 13, 14, 15
научно-культурная	1, 3, 5, 6, 8, 9, 19, 11, 12, 14, 15, 16, 19	1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 20

2) качественный анализ субтестов 1 и 2 может идти по пути выявления критериальных заданий, т.е. тех заданий, в которых обнаруживаются наиболее резкие различия между сравниваемыми группами или подгруппами наиболее и наименее успешных внутри групп.

Таким образом, качественный анализ групповых результатов первых двух субтестов позволит дать характеристику группе учащихся в отношении наиболее и наименее освоенных понятий общего и основополагающего характера, которые способствуют расширению кругозора, формированию миропонимания.

По таким характеристикам возможно сравнение групп учащихся, отличающихся по условиям своего развития;

3) анализ качественной стороны субтеста 3 "Аналогии" проводится по следующим направлениям:

- выявление наиболее и наименее усвоенных областей содержания теста;
- выявление самого отработанного (легкого) и наиболее трудного типов логических связей из следующих заложенных в тест: вид - род, часть - целое, причина - следствие, порядок следования, противоположность, функциональные отношения;
- выявление типичных ошибок при установлении логических связей;

Отнесенность заданий субтеста 3 формы Б к разным типам логических связей

«род — вид»	№№ 4, 11, 13, 15, 16
«часть — целое»	№№ 10, 18, 23

«причина — следствие»	№№ 9, 12, 20, 21
«противоположность»	№№ 1, 6, 14, 25
«порядок следования»	№№ 19
«рядоположенность»	№№ 2
«функциональные отношения»	№№ 3, 5, 7, 8, 17, 22, 24

Характер типичных ошибок не только отразит предпочитаемые логические операции, но и поможет выявить недостатки, возможную односторонность, ограниченность в усвоении информации; так, например, имеются данные, что учащиеся 6-8 классов часто стремятся подбирать к предъявленному понятию такие, которые отражают его свойства и функции; гораздо реже в ответах встречаются понятия, имеющие более отдаленные или более глубокие связи с заданным; этот факт может свидетельствовать о тенденции к изучению характеристик отдельных объектов и явлений и о меньшем внимании к связям между предметами и явлениями.

Если имеются две или больше групп учащихся, то по каждому из названных показателей возможно их сравнение;

4) анализ качественной стороны субтеста 4 "Классификации" проводится по следующим направлениям:

- выявление наиболее и наименее усвоенных областей содержания теста;
- выявление типа заданий - с конкретными или абстрактными понятиями, который провоцирует большое количество ошибок;

Отнесенность заданий субтеста 4 формы Б к разным типам понятий

Задания с абстрактными понятиями	№№ 3, 4, 8, 15, 20, 21
Задания с конкретными понятиями	№№ 1, 5, 6, 7, 9, 10, 13
Смешанные задания	№№ 2, 11, 12, 14, 16

5) анализ качественной стороны субтеста 5 "Обобщения" проводится по следующим направлениям:

- определение характера типичных обобщений - по конкретному, видовому, категориальным признакам;
- выявление типичных ошибок, а также содержания и характера понятий (абстрактные или конкретные), провоцируя эти ошибки;

б) индивидуальный качественный анализ проводится по той же схеме, что и групповой: - на основании результатов выполнения каждого субтеста и сравнения их между собой можно заключить, каким логическим действием учащийся владеет лучше, а каким хуже; какая из областей умственного развития - осведомленность в некоторых общих понятиях или сформированность операциональной стороны мышления * представлена у данного учащегося лучше, а какая хуже:

- по каждому субтесту можно установить, какая из областей содержания теста усвоена лучше, а какая хуже;
- каков характер типичных ошибок в каждом из субтестов;

7) предпочтительное выполнение заданий с определенным содержанием во всех субтестах, использующих понятия научно-учебных циклов, может свидетельствовать о преобладающих склонностях учащегося. Прямо делать вывод об определенной склонности нельзя, так как следует учитывать предшествующую подготовку учащегося, полученную вне школы, влияние педагога, участие его в факультативах и пр. Но, тем не менее, ШТУР создает возможность для анализа индивидуальных результатов по научно-учебным циклам.

Отнесенность заданий субтестов 3, 4 и 5 формы Б к разным школьным предметам

Школьный предмет	№№ субтестов		
	Субтест 3	Субтест 4	Субтест 5
Литература, русский язык	3, 7, 11, 14, 18	1, 3, 8, 15, 19	10, 15, 19
Математика, физика	1, 8, 10, 12, 15, 17, 22	4, 5, 11, 18	2, 4, 8, 9
История	2, 9, 13, 19, 25	6, 7, 16, 20	6, 11, 13, 17
Биология	5, 16, 21, 23	9, 13, 21	3, 7, 18

География	4, 6, 19, 24	2, 10, 12, 14	1, 5, 12, 14, 16
-----------	--------------	---------------	------------------

Количественный и качественный анализ результатов ШТУРа дает возможность с разных сторон оценивать умственное развитие как отдельного ученика, так и группы учащихся. На основании замеченных недостатков в умственном развитии можно наметить конкретную схему коррекционной работы по их устранению.

По замыслу тест в полном его составе принимается за норматив умственного развития. С ним сравнивается количество заданий, реально выполненных испытуемым. Максимальное число баллов, которое можно получить по тесту, равно 138. Этот показатель принимается за 100 %. Если учащийся получил балл по тесту, равный 69, то это говорит о том, что он выполнил тест только на 50 %. Другими словами, он приблизился к нормативу умственного развития на 50 %.

При анализе результатов отдельного ученика глобальные оценки умственного развития типа «лучше», «хуже», «выше», «ниже» мало что дают для понимания своеобразия его развития. Однако в качестве первого шага для получения самого общего впечатления об учащемся в ШТУР имеются условные шкалы оценок умственного развития. При этом приводятся не возрастные, а образовательно-возрастные границы. Это означает, что оценивается раздельно не умственное развитие 13-, 14-, 15-летних подростков, а развитие семиклассников, восьмиклассников, девятиклассников и десятиклассников. Ниже приводится примерная шкала оценки индивидуальных показателей по тесту.

Высокое умственное развитие:

семиклассники — более 54 %;

восьмиклассники — более 65 %;

девятиклассники — более 72 %;

десятиклассники — более 80 %.

Низкое умственное развитие:

семиклассники — менее 21 %;

восьмиклассники — менее 28 %;

девятиклассники — менее 32 %;

десятиклассники — менее 36 %.

Правильные ответы к заданиям формы А

Набор заданий № 1		Набор заданий № 2		Набор заданий № 3		Набор заданий № 4		Набор заданий № 6	
1.	б	1.	Б	1.	г	1.	б	1.	24
2.	д	2.	Б	2.	а	2.	а	2.	3
3.	в	3.	Г	3.	д	3.	б	3.	11
4.	б	4.	А	4.	г	4.	г	4.	7
5.	в	5.	В	5.	б	5.	а	5.	36
6.	в	6.	Г	6.	в	6.	в	6.	24
7.	г	7.	Б	7.	б	7.	в	7.	18
8.	а	8.	Г	8.	а	8.	б	8.	64
9.	а	9.	Б	9.	в	9.	в	9.	37
10.	б	10.	Г	10.	д	10.	г	10.	49
11.	в	11.	А	11.	г	11.	д	11.	92
12.	б	12.	В	12.	д	12.	а	12.	4
13.	г	13.	В	13.	б	13.	в	13.	5
14.	г	14.	Б	14.	д	14.	б	14.	2
15.	а	15.	А	15.	в	15.	г	15.	4
16.	в	16.	В	16.	а	16.	в		
17.	г	17.	А	17.	д	17.	а		
18.	д	18.	Г	18.	г	18.	д		
19.	а	19.	В	19.	а	19.	г		
20.	д	20.	Б	20.	г	20.	б		
				21.	б				
				22.	а				
				23.	в				
				24.	б				
				25.	в				

Варианты ответов в заданиях субтеста 5-А «Обобщение»

№п/п	Количество баллов		
	2	1	0
1.	Устное народное творчество, фольклор	Литература, мудрость, творчество	Предание, выдумка, легенда, миф
2.	Мельчайшие частицы вещества, состав вещества, составные части вещества	Частица, вещество	Состав клетки
3.	Биология, наука о живой природе	Наука, предмет	Природа
4.	Изобразительное искусство, произведения изобразительного искусства	Искусство, творчество	Живопись, изображения, фрески, церковь
5.	Части света	Материки, континенты	Страны, экватор, климат
6.	Электрические единицы измерения	Физические величины, электричество, единицы	Единица, учение, прибор

		измерения	
7.	Органы кровообращения	Внутренние органы, органы человека	Биология, сосуды, анатомия, части тела
8.	Столицы	Города	Страны, острова
9.	Общественный строй, социально-экономическая формация	Общество, ступени развития	Классы, история, буржуазия, угнетение
10.	Положительные черты характера	Качества (черты)характера, характер	Сила, храбрость
11.	Искусственные водные сооружения, водные сооружения	Сооружение, водоем, водохранилище	Вода, энергия, строение, природа
12.	Результаты математических действий	Математические действия, операции с числами	Математика, решение
13.	Культура, виды деятельности	Творчество	Этика, знание, просвещение
14.	Органические вещества	Состав вещества, вещество	Витамины, углеводы, состав клетки, молекулы
15.	Состояние вещества, агрегатное состояние вещества	Вещество, состояние тела	Химия, физика
16.	Стихийное бедствие	Стихия	Разрушение
17.	Литературные приемы	Способы изложения	Творчество, рассказ, сравнение
18.	Направление в искусстве, художественный стиль	Литературные направления	Литература, формулировка
19.	Атмосферное явление, климатические явления	Климат, явление(состояние погоды)	Циклон, природа, дождь

Правильные ответы к заданиям формы Б

Набор заданий № 1		Набор заданий № 2		Набор заданий № 3		Набор заданий № 4		Набор заданий № 6	
1.	д	1.	г	1.	в	1.	д	1.	29
2.	в	2.	б	2.	б	2.	а	2.	12
3.	д	3.	а	3.	б	3.	д	3.	7
4.	а	4.	б	4.	д	4.	в	4.	21
5.	г	5.	г	5.	б	5.	а	5.	30
6.	б	6.	в	6.	г	6.	г	6.	34
7.	г	7.	г	7.	г	7.	г	7.	8
8.	в	8.	в	8.	д	8.	а	8.	2
9.	а	9.	а	9.	г	9.	б	9.	43
10.	д	10.	б	10.	в	10.	в	10.	3
11.	б	11.	г	11.	г	11.	а	11.	94

12.	а	12.	б	12.	в	12.	д	12.	14
13.	а	13.	б	13.	в	13.	г	13.	8
14.	г	14.	а	14.	а	14.	в	14.	4
15.	в	15.	а	15.	г	15.	б	15.	198
16.	г	16.	а	16.	д	16.	г		
17.	б	17.	в	17.	а	17.	в		
18.	в	18.	в	18.	в	18.	б		
19.	б	19.	г	19.	а	19.	б		
20.	д	20.	а	20.	а	20.	д		
				21.	б				
				22.	д				
				23.	д				
				24.	б				
				25.	а				

Варианты ответов в заданиях субтеста 5-Б «Обобщение»

№п/п	Количество баллов		
	2	1	0
1.	Части света	Материки, континенты	Страны, восточное полушарие
2.	Состояние вещества	Вещества, состояние	Числа, физика
3.	Внутренние органы	Органы, части органов	Человек, части тела
4.	Математические действия	Действия, арифметические действия	Уменьшение, математика
5.	Столицы	Города	Страны, острова
5.	Социальный строй, общественно-экономическая формация, строй	Эпохи развития государства	Классы
7.	Органы чувств	Органы, органы головы	Описание лица, лицо
8.	Разделы математики, математические науки, математика	Науки, школьные предметы	Школа
9.	Характеристики электрического тока	Физические величины, электричество	Физика, зависят одно от другого
10.	Отрицательные черты характера	Черты человека, черты характера, характер	Измена, вред, чувства
11.	Средства угнетения, орудия угнетения	Власть, управление	Религия, отделены друг от друга
12.	Стихийное бедствие	Стихия, бедствие, природные явления	Разрушение, смерть
13.	Ручное производство, способы производства с ручным трудом	Производство, предприятие	Завод, фабрика
14.	Искусственные водные сооружения, водные сооружения	Хранилища воды, водоснабжение	Вода, канал
15.	Проза, прозаические произведения	Литература, литературные произведения	Сказание, повесть
16.	Характеристики погоды	Погода, явления погоды	Прогноз, циклон

17.	Социальные изменения, социальные преобразования	Изменение, обновление, переворот	Исправление, событие, история
18.	Способы размножения	Размножение, растение	Зерновые культуры, семена
19.	Литературные приемы	Литературные термины, литература	Предположение, иносказание

V. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ.

Методика V.I.

Методика «РНЖ»

Цель исследования: выявление личностных особенностей ребенка.

Оборудование: Лист бумаги А4, простой карандаш средней мягкости, резинка, диагностический бланк с вопросами.

Процедура проведения: Во время рисования человек не должен иметь возможности наблюдать за созданием чужого проективного рисунка. Когда животное нарисовано, его название подписывается на этом же листе снизу. Инструкция: «Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем». Если испытуемый будет стремиться создать социально одобряемый образ - не стоит ему мешать. Желание нарисовать "улучшенное животное" может нести психотерапевтический эффект. После завершения испытуемым рисования, задается ряд вопросов из диагностического бланка.

Диагностические критерии:

- Положение рисунка на листе
- Оценка характера линии. Форма.
- Сложность конструкции
- Контуры фигуры.
- Название несуществующего животного.
- Описание образа жизни.

СВОДНЫЙ СПИСОК ТЕСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- тип животного - для определения типа мышления: рациональный - сконструированное из частей разных животных; соответствующее стандартной схеме животного; научный - целостное, построенное по стандартной схеме с головой, туловищем, конечностями; художественный, творческий тип мышления - построенное по оригинальной схеме, не напоминающее обычных животных.
- Название животного: псевдонаучные - с латинскими окончаниями - это демонстрация своей образованности и значительности своего интеллектуального уровня, с повторяющимся слогом – инфантильность, с ироническим звучанием - ироническое отношение к людям и ситуации тестирования. Название, не имеющее никакой связи с рисунком - несерьезность, поверхностность.
- Тематически животные делятся на угрожающие и нейтральные. Это отношение к своему "я", представление о своем положении в мире. Несоответствие размера рисунка с размерами животного свидетельствует о внутреннем конфликте.
- Реально существующее — интеллектуальное или эмоциональное нарушение; острая тревога; иногда психическое заболевание (с семилетнего возраста).
- Существовавшее раньше— бедность воображения; низкий общекультурный уровень; иногда педагогическая запущенность (с семилетнего возраста).
- Описание образа жизни: Соответствие рисунку — показатель логичности мышления. Несоответствие рисунку — иногда нарушения логического мышления. Особо подробное, с идеализацией, указанием на красоту или исключительность животного — демонстративность; склонность к компенсаторному фантазированию.

- Место жизни: изолированное (пещера, скалы, другая планета, космос) — недостаток общения, чувство одиночества; упоминание о трудной достижимости (непроходимая чаща, горы, в которых нет дороги) — боязнь агрессии, потребность в защите; экзотическое (остров Мадагаскар, заколдованный лес) — демонстративность; эмоционально неприятное (болото, грязь) — невротическое состояние; низкая социализированность; иногда психическое заболевание.
- Питание: явно несъедобные вещи (камни, стекло, металл) — низкая социализированность, нарушения общения; особо крупные объекты (горы, деревья, дома) или утверждение о том, что животное ест все, — импульсивность; низкая социализированность; люди — негативизм; асоциальность или антисоциальность; агрессивность; подробное описание поедания жертв — агрессивность; эмоционально неприятная пища (червяки, грязь, слизь) — невротическое состояние; иногда психическое заболевание; кровь, отдельные части и органы живых существ (сердце, мозг) — невротическая агрессия; не питается ничем или питается воздухом, энергией — интровертность; иногда шизоидность.
- Любимое или наиболее обычное занятие: играет, гуляет, развлекается — прямая проекция своих желаний; постоянно занято поисками пищи — ощущение трудности и однообразия жизни; ломает деревья, топчет дома — негативизм; асоциальность или антисоциальность; агрессивность; иногда психическое заболевание; много спит — усталость; астеническое состояние.
- Друзья: отсутствуют — чувство одиночества; все окружающие, без конкретизации — высокая неудовлетворенная потребность в общении; злые, агрессивные персонажи (акулы, крокодилы, драконы) — негативизм; асоциальность или антисоциальность; агрессивность.
- Враги: большое число или полное отсутствие — боязнь агрессии; все окружающие — негативизм; асоциальность или антисоциальность. Описание способов защиты от опасности; указание на гигантский ее размер — тревожность, боязнь агрессии. Особо длинный перечень страхов; страхи, нетипичные для животных (темнота, смерть, насекомые) — страхи, невротическое состояние.
- Тема размножения — значимость сексуальной сферы. Бесполое размножение — напряженное, внутренне конфликтное отношение к сексуальной сфере.
- Желания: иметь друзей — недостаток общения; не иметь врагов — боязнь агрессии; иногда настороженность, подозрительность; чтобы его не боялись — боязнь агрессии; стать обычным животным, стать человеком — эмоциональный дискомфорт, связанный с ощущением своего отличия от окружающих; стать больше по размеру — ощущение своей малой значимости; боязнь агрессии, потребность в защите.
- Контуры фигуры: Контур - отношения с окружающим миром, окружающими людьми. Верхний контур - против вышестоящих людей, реально имеющих возможность наложить запрет, ограничения. Нижний - против подчиненных, или зависимых. Боковые - недифференцированная опасность и готовность к защите любого порядка и в любой ситуации. Также об угрозе свидетельствуют элементы защиты внутри его на корпусе. Острые углы на контуре – агрессивная защита. Затемнения, запачкивания контурной линии свидетельствуют о страхе и тревоге. Заслоны, щиты, удвоенные линии связаны с опасением и подозрительностью.
- Сложность конструкции: Сложность, избыточность конструкции характеризует общую энергию. Чем больше деталей, тем энергичнее человек. Соответственно, чем экономнее рисунок, тем ярче выражено стремление к экономии своих сил. Это может быть связано с застенчивостью, соматическими заболеваниями.

- Оценка характера линии: Слабые, паутинообразные линии - слабость, стремление к экономии сил. С сильным нажимом - тревожность.
- Форма - вытянутым предметам присваивалось мужское начало, а округлым - женское. Степень агрессивности выражена количеством, расположением и характером острых углов в рисунке. Фигура круга, особенно незаполненного, символизирует тенденцию к сокрытию, замкнутости своего внутреннего мира, нежелание подвергаться тестированию. Подчеркнутая человекообразность - проявление неудовлетворенной потребности в общении. Уподобление животного человеку, любые признаки антропоморфизации свидетельствуют об инфантильности, эмоциональной незрелости. Машинообразность фигуры говорит о нарушениях шизоидного круга. Ассиметричность рисунка интерпретируется как активность, экстравертированность, энергичность. Симметричность связывается с пассивностью, статичностью, инертностью. Конечности направленные вне – вовнутрь - экстравертность - интровертность.
- Положение рисунка на листе: Лист бумаги - модель пространства и эмоциональную окраску переживаний и временной период: На листе левая сторона и низ связаны с отрицательно окрашенными и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью. Правая сторона (соответствующая правой доминантной руке) — с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действия, направленность в будущее, экстраверсия. В норме рисунок расположен по средней линии вертикально поставленного листа. Смена положения листа, для приспособления под рисунок – показатель ригидности. Положение рисунка ближе к верхнему краю листа - высокая самооценка, недовольство своим положением в социуме, недостаточность признания со стороны окружающих, как претензия на продвижение и признание, тенденция к самоутверждению. В нижней части — обратная тенденция: неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, незаинтересованность в своем положении в социуме, в признании, отсутствие тенденции к самоутверждению.
- Центральная смысловая часть фигуры (голова или замещающая ее деталь): Голова повернута вправо — устойчивая тенденция к деятельности, действительности переход к реализации своих планов, наклонностей. Голова повернута влево — тенденция к рефлексии, к размышлениям - нередко также боязнь перед активным действием и нерешительность. Положение анфас, т. е. голова направлена на рисующего (на себя), трактуется как эгоцентризм.
- На голове расположены детали, соответствующие органам чувств, — уши, рот, глаза. Значение детали «уши» — прямое: заинтересованность в информации, значимость мнения окружающих о себе, подчеркнутые нажимом или особо большие — тревожность; иногда подозрительность, настороженность.
- Приоткрытый рот в сочетании с языком при отсутствии прорисовки губ трактуется как большая речевая активность (болтливость), в сочетании с прорисовкой губ — как чувственность; иногда и то, и другое вместе. Открытый рот без прорисовки языка и губ, особенно зачерченный, трактуется как легкость возникновения опасений и страхов, недоверия. Рот с зубами — вербальная агрессия, в большинстве случаев — защитная.
- Глаза - переживание страха, подчеркивается резкой прорисовкой радужки. Ресницы — истероидно-демонстративные манеры поведения, заинтересованность в восхищении окружающих внешней красотой и манерой одеваться, придание этому большого значения. Относительно мужчин: женственные черты характера с прорисовкой зрачка и радужки совпадают редко. Отсутствуют — аутизация; астения; субдепрессия; иногда шизоидность. Пустые, без радужки и зрачков - астения; аутизация; иногда асоциальность; страхи (с шестилетнего возраста). Большие зачерченные или с

зачерненной радужкой — страхи. Форма грубо искажена — невротическое состояние; асоциальность; иногда психическое заболевание.

- Увеличенный размер головы - испытываемый ценит рациональное начало (возможно, и эрудицию) в себе и окружающих. Отсутствует — импульсивность; иногда психическое заболевание, форма грубо искажена— органическое поражение мозга; иногда психическое заболевание. Две или более головы— иногда внутренний конфликт, противоречивые желания.
- Рога, иглы, шипы — защита, агрессия. Определить по сочетанию с другими признаками — когтями, щетиной, иглами — характер этой агрессии: спонтанная или защитно-ответная. Перья — тенденция к самоукрашению и самооправданию, к демонстративности. Грива, шерсть, волосяной покров интерпретируются как чувственность, подчеркивание своего пола, а иногда ориентировка на свою сексуальную роль.
- Несущая, опорная часть фигуры(ноги, лапы, иногда постамент): Основательность, обдуманность, рациональность принятия решения, пути к выводам, формирование суждения, опора на существенные положения и значимую информацию, потребность в опоре, ощущение своей недостаточной умелости в социальных отношениях или поверхностность суждений, легкомыслие в выводах и неосновательность суждений, иногда импульсивность в принятии решения, низкая бытовая ориентация, пассивность или неумелость в социальных отношениях (особенно при отсутствии ног).
- Необходимо обратить внимание на характер соединения ног с корпусом: соединение точно, тщательно или небрежно, слабо соединены или не соединены вовсе — это характер контроля за своими суждениями, выводами, решениями. Однотипность и однонаправленность формы ног, лап, любых элементов опорной части — конформность суждений и установок в принятии решений, их стандартность, банальность. Разнообразие в форме и положении этих деталей — своеобразии установок и суждений, самостоятельность и небанальность; иногда даже творческое начало (соответственно необычности формы) или инакомыслие (ближе к патологии).
- Чешуя, панцирь— потребность в защите, боязнь агрессии. Могут быть функциональными или украшающими (крылья - мечтательность, романтичность, склонность к компенсаторному фантазированию, дополнительные ноги, щупальца, детали панциря, перья, бантики вроде завитушек-кудрей, цветочно - функциональные детали). Это энергия охвата разных областей человеческой деятельности, уверенность в себе, «самораспространение» с неделикатным и неразборчивым притеснением окружающих либо любознательность, желание соучаствовать как можно в большем числе дел окружающих, завоевание себе места под солнцем, увлеченность своей деятельностью, смелость предприятий (соответственно значению детали-символа — крыльям или щупальцам и т. д.). Украшающие детали — демонстративность, склонность обращать на себя внимание окружающих, манерность.
- Раны, шрамы — невротическое состояние; иногда психическое заболевание. Внутренние органы, анатомические детали, кровеносные сосуды, в частности, сосуды глаза — ипохондрия, невротическое состояние; иногда психическое заболевание. Половые органы, женская грудь, вымя или детали, напоминающие их по форме, независимо от того, как они названы — высокая значимость сексуальной сферы.
- Хвосты: Выражают отношение к собственным действиям, решениям, выводам, к своей вербальной продукции, - повернуты ли эти хвосты вправо (отношение к своим действиям и поведению) или влево(отношение к своим мыслям, решениям; к упущенным возможностям, к собственной нерешительности). Положительная или отрицательная окраска этого отношения - вверх (уверенно, положительно, бодро) или

падающим движением вниз (недовольство собой, сомнение в собственной правоте, сожаление о сделанном, сказанном, раскаяние и т. п.). Следует обратить внимание на хвосты, состоящие из нескольких, иногда повторяющихся, звеньев, на особенно пышные хвосты, особенно длинные и иногда разветвленные.

Методика V.П.

Методика «Рисунок человека»

Цель исследования: исследование эмоциональной сферы, выявление сформированности образных и пространственных представлений у ребенка, уровня развития его тонкой моторики; получение общего представления об интеллекте в целом.

Оборудование: лист бумаги формата А4, простой карандаш, ластик.

Процедура проведения. перед ребенком кладут чистый лист бумаги и говорят ему: «Нарисуй, пожалуйста, человека так хорошо, как ты можешь».

Диагностические критерии: при интерпретации рисунка следует обращать внимание на все самые незначительные мелочи: (позу ребенка, его сосредоточенность, отвлекаемость, как он относится к заданию). В протоколе отмечается тревожность или беспокойство ребенка, уверенность или сомнения, проявляет ли негативизм, враждебно настроен или напряжен, спокоен, доверчив, любопытен, смущен, импульсивен, и т.д. После того, как рисунок завершен, можно переходить к беседе. В процессе беседы заполняется бланк, где фиксируются ответы ребенка на вопросы.

- отмечается, с чего ребенок начинает рисовать (голова, ноги и т.п.), его высказывания в процессе рисования.
- делаются записи о состоянии мелкой моторики, о том, правильно ли ребенок держит карандаш, с каким нажимом рисует и т.п.
- снижение психомоторного тонуса, отражающееся на рисунке в ослабленном нажиме, нитяной, еле видимой линии, встречается при падении уровня активности, особенно часто при астеническом состоянии. Это состояние нервного истощения, ослабленности, при котором резко повышается физическая и умственная утомляемость, падает работоспособность. При астении ухудшаются память, внимание, появляются плаксивость, капризность, раздражительность. Очень слабый нажим карандаша нередко сигнализирует о снижении настроения, субдепрессивном состоянии, депрессии.
- Сильно прочерченные линии чаще всего говорят о внутренней напряженности, страхах и подавленных чувствах. Большое количество мелких штриховок, наносимых на лист перед основными контурами – признак высокой тревожности и эмоциональной неустойчивости
- иногда отсутствие на рисунке таких черт лица, как глаза и/или рот, говорит об аутизации (человек уходит в себя, избегает общения). Оно может быть также признаком негативизма или асоциальности (плохого владения социальными нормами). Чрезвычайная бедность деталей и линии, не доведенные до конца, иногда могут быть признаком импульсивности.
- кроме устойчивого повышения или снижения психомоторного тонуса существует такой признак, как неустойчивый психомоторный тонус. Он отражается в сильно варьирующем нажиме на карандаш и служит показателем повышенной эмоциональной лабильности, т.е. тенденции к частой смене настроений по незначительному поводу или вообще без видимого повода.
- сила нажима на карандаш, характеризующая особенности психомоторного тонуса, — важный показатель уровня активности. Усиленный нажим свидетельствует о повышенном психомоторном тонусе, эмоциональной напряженности. Это состояние возникает при необходимости приспособиться к неожиданным изменениям ситуации или в результате длительного пребывания в неблагоприятной ситуации, которую не

удается изменить. Ему свойственно общее возбуждение и ощущение, что необходимо что-то делать, но неясно, что именно. Усиленный нажим часто встречается при ригидности, т.е. затрудненном переключении с одной деятельности на другую, склонности к застреванию на тех или иных переживаниях и действиях. Сильный нажим может сигнализировать о высокой конфликтности, агрессивности. Иногда он служит проявлением острой стрессовой реакции.

- Эмоциональное состояние человека, его степень выражения (улыбка, радость, печаль, сердитость, взъерошенность волос, агрессивность, оскал зубов)
- Часто ребенок проецирует свои чувства на рисунок, как явные, так и скрытые. Это может быть сигналом о внутренних переживаниях ребенка, о которых он, возможно, не решает поведать.
- Как человек стоит, как держит руки, не спрятаны ли они за спиной. Здесь ребенок неявно говорит о том, какой он в данный момент в коммуникативном плане: открыт для общения (руки широко раскрыты) или предпочитает замкнутость (руки прижаты к туловищу или спрятаны, ноги не расставлены).
- Есть ли дополнительные элементы (одежда, обувь, головной убор и соответствует ли внешний вид описанию, изложенному ребенком после окончания рисования) Тут интересно выявить представления ребенка о рисунке. Чаще всего он соотносит себя с данным персонажем на листе бумаги или с тем человеком, на которого он хочет или не хочет походить

СВОДНЫЙ СПИСОК ТЕСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- **РАЗМЕР РИСУНКОВ:** Увеличенный размер: рисунок занимает более 2/3 листа по высоте — тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; иногда импульсивность; гиперактивность. Уменьшенный размер: рисунок занимает менее 1/3 листа по высоте — депрессия; низкая самооценка. Размер рисунков сильно варьирует — эмоциональная лабильность.
- **РАСПОЛОЖЕНИЕ РИСУНКА НА ЛИСТЕ:** Смещен вверх, расположен в верхней половине листа, но не в углу — иногда повышение самооценки, возможно, компенсаторное; стремление к высоким достижениям. Смещен вниз, расположен в нижней половине листа — иногда снижение самооценки. Смещен вбок — иногда органическое поражение мозга. Выходит за край листа — импульсивность; острая тревога; иногда пограничное, невротическое или психотическое состояние. Помещен в углу листа — иногда депрессия или субдепрессия.
- **ТЩАТЕЛЬНОСТЬ И ДЕТАЛИЗИРОВАННОСТЬ РИСУНКОВ:** Большое количество разнообразных деталей — демонстративность; живое воображение, творческая направленность. Повышенная тщательность, большое количество однотипных деталей — ригидность; тревожность; иногда перфекционизм; эпилептоидная акцентуация; органическое поражение мозга. Малое количество деталей, схематичность, в отношении к возрастной норме — астения; импульсивность; низкая эмоциональность; негативизм; отрицательное отношение к обследованию; интровертность, замкнутость; иногда депрессия или субдепрессия; шизоидная акцентуация; сниженный уровень умственного развития. Небрежность, в отношении к возрастной норме — импульсивность; низкая мотивация; иногда органическое поражение мозга; негативизм; отрицательное отношение к обследованию. Тщательность и детализированность рисунков сильно варьируют — эмоциональная лабильность; разное эмоциональное отношение к разным изображаемым персонажам: увеличение числа и разнообразия деталей — положительное отношение; увеличение числа однообразных деталей — напряженное отношение; бедность деталей, схематичность, небрежность — отрицательное отношение.

- Стирание и исправление линий — тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; эмоциональная напряженность; тревожность, неуверенность в себе; иногда перфекционизм.
- Штриховка рисунка простым карандашом — тревожность как личностная черта; тревога как состояние на момент обследования; иногда художественный прием у людей, обучающихся или обучавшихся рисованию (в этих случаях не интерпретируется); размашистая штриховка, местами выходящая за контур рисунка — острая тревога; импульсивность (с шестилетнего возраста); особо тщательная штриховка — тревожность, неуверенность в себе; ригидность; иногда перфекционизм; штриховка с сильным нажимом: зачернение всего рисунка или его части — эмоциональная напряженность; острая тревога; иногда пограничное или психотическое состояние.
- ОБЩЕЕ ВПЕЧАТЛЕНИЕ, ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА: Грустное — сниженное настроение, субдепрессия; астения; чувство одиночества; иногда депрессия. Растерянное — неуверенность; тревога; ощущение бессилия; иногда невротическое состояние. Отстраненное — интровертность; погруженность в свой внутренний мир, склонность к защитному фантазированию; иногда шизоидный склад личности. Мрачное — депрессия или дисфория; ригидность; эпилептоидная акцентуация; негативизм; асоциальность; отрицательное отношение к обследованию; иногда психопатия. Агрессивное — агрессивность; остро протекающий подростковый кризис; импульсивность; негативизм; отрицательное отношение к обследованию; иногда психопатия. Странное — шизоидность; сниженная конформность, недостаточная социализированность; иногда психическое заболевание. Неприятное, отталкивающее — негативизму отрицательное отношение к обследованию; остро протекающий подростковый кризис; асоциальность или антисоциальность; негативное отношение к изображаемому персонажу; иногда психическое заболевание.
- ПОЗА, РАКУРС: Со спины — негативизм; конфликтность; подростковый кризис. В профиль — иногда негативизм; подростковый кризис. В три четверти — творческая (художественная) направленность. Идет (бежит) или занят какой-либо работой — творческая направленность; высокая активность. Сидит — творческая направленность; иногда пассивность. Лежит — пассивность; творческая направленность; иногда астения.
- Голова: отсутствует — особо высокая импульсивность, гиперактивность; иногда психическое заболевание; размер сильно увеличен — высокая значимость интеллекта в системе ценностей; склонность к мечтам, фантазиям, защитное фантазирование (с семилетнего возраста); размер сильно уменьшен — иногда низкая значимость интеллекта по сравнению с физической силой в системе ценностей (с семилетнего возраста);
- Глаза (на рисунке анфас — два, в профиль — один): отсутствуют или почти не видны — высокая импульсивность, гиперактивность; негативизм; аутизация; астения; субдепрессия; иногда депрессия; психическое заболевание; пустые (без радужки и зрачков) — астения; аутизация; импульсивность; иногда асоциальность; страхи; зачерненные (или с зачерненной радужкой), в темных очках — страхи; особо тщательно вырисована форма и/или тщательно вырисованы ресницы — демонстративность.
- Рот: отсутствует или резко уменьшен — негативизм; аутизация; астения; импульсивность; перекошен — негативизм; отрицательное отношение к обследованию; иногда органическое поражение мозга (с шестилетнего возраста); подчеркнуты губы: очень большие или с повышенным нажимом, или особо тщательно вырисована форма — высокая значимость сексуальной сферы; типично для подросткового возраста, особенно для девочек; изображены зубы — вербальная агрессия.

- Подчеркнуты уши — подозрительность, настороженность; иногда неудовлетворенность своей внешностью (с семилетнего возраста).
- Особенно большой нос — иногда неудовлетворенность своей внешностью (с семилетнего возраста).
- Тщательно нарисована прическа — демонстративность.
- Форма головы или черты лица грубо искажены — шизоидная акцентуация; асоциальное; иногда психическое заболевание.
- ФИГУРА: Длинная, вытянутая - астеничность; психастеническая акцентуация; интровертность; иногда анорексия (с семилетнего возраста). Особо полная — иногда недовольство своей внешностью (с семилетнего возраста). Угловатая — проблемы общения; шизоидность (с восьмилетнего возраста). Изображена штрихами, без контура — острая тревога; иногда психическое заболевание (с пятилетнего возраста). Нарочито уродливая; форма грубо искажена — органическое поражение мозга; негативизм; асоциальность или антисоциальность; импульсивность; острый стресс; иногда психическое заболевание (с шестилетнего возраста).
- РУКИ: Отсутствуют или почти не видны — нарушения общения; импульсивность (с пятилетнего возраста). Расставлены в стороны — экстравертность, общительность (с восьмилетнего возраста). Прижаты к телу — интровертность. За спиной, в карманах, скрещены на груди, уперты в бока — уход от общения, негативизм; иногда аутизация. Прикрывают генитальную область — тенденция контролировать свои сексуальные импульсы.
- Кисть, пальцы: отсутствуют или сильно укорочены — недостаток общения; неумение общаться; иногда аутизация (с шестилетнего возраста). То же, в сочетании с экстравертной позой склонность к широким, но формальным контактам (с шестилетнего возраста); преувеличен размер — высокая неудовлетворенная потребность в общении (с шестилетнего возраста). Зачернены — конфликтность, напряженность в контактах; большая ладонь, кулак, острые ногти — агрессивность.
- НОГИ: Широко расставлены — экстравертность; иногда потребность в опоре (с семилетнего возраста). Плотно сдвинуты — интровертность. Преувеличена длина — астеничность; сензитивный тип (с семилетнего возраста). Отсутствуют или резко преуменьшены ступни — иногда слабая бытовая ориентация, пассивность или неумелость в социальных отношениях (с семилетнего возраста). Подчеркнуты или преувеличены ступни — потребность в опоре, ощущение недостаточной умелости в социальных отношениях (с шестилетнего возраста).
- Характер расстановки акцентов на отдельных деталях рисунка (есть ли какие фрагменты, особо прорисованные, выделенные или есть незаметные «осторожные» детали. Анализируется, на что ребенок обращает большее внимание. Например, девочки любят тщательно прорисовывать глазки и реснички, мальчики предпочитают акцент в одежде и дополнительных аксессуарах. Это как степень желаемого выражения своих внешних данных, стремление к демонстративности. Игрушка, шарик, флажок и др. в рисунке подростка или взрослого человека — инфантильность. Многочисленные пуговицы, — ригидность; иногда закрытость; стремление к самоконтролю; инфантильность (с подросткового возраста). Оружие, режущее или рубящее орудие, палка — агрессивность. Сигарета, рюмка и т.п. — негативизм; асоциальность; иногда антисоциальность. Раны, шрамы на лице или на теле (53) — невротическое состояние; иногда асоциальность или антисоциальность. Татуировка на лице или на теле — негативизм; асоциальность; иногда антисоциальность. Внутренние органы — ипохондрия; невроз; иногда психическое заболевание. Пейзаж, мебель и прочие предметы, создающие обстановку — творческая направленность; демонстративность.

Методика V.Ш.

Методика «Рисунок семьи»

Цель исследования: выявление особенностей семейных взаимоотношений в восприятии ребенка (метод используется преимущественно при обследовании детей, начиная с четырехлетнего возраста).

Оборудование: лист бумаги формата А4, простой карандаш, ластик.

Процедура проведения. Лист бумаги кладут перед обследуемым горизонтально. Инструкция: «Нарисуйте на этом листе всю свою семью». Если обследуемый задает вопросы: «А кого рисовать?», «А бабушку рисовать?», «А можно я нарисую своего друга?», «Мою – это значит мою собственную или родительскую, в которой я воспитывался?» (последний вопрос иногда задают взрослые, имеющие собственную семью), – то проверяющий отвечает: «Я не знаю, кто входит в вашу семью. Вы знаете это лучше меня». В ответе на вопрос, рисовать ли себя, следует дать понять, что это желательно, например, можно сказать с полувопросительной интонацией: «Ты ведь член своей семьи?». По завершении рисунка выясняют, какого члена семьи изображает каждый из нарисованных персонажей. Вопросы должны звучать нейтрально: «Кто это? А это?». Могут быть дополнительные вопросы: «Где все это происходит?», «Что вы делаете?» или «Что делает каждый из тех, кого ты нарисовал?» и т.п. Беседу проводят в свободной форме.

Диагностические критерии:

При анализе результатов тестирования учитываются следующие показатели:

- состав изображенной семьи в соотношении с составом реальной семьи обследуемого;
- взаимное расположение членов семьи и расположение всего рисунка в целом на листе;
- особенности изображения отдельных членов семьи (полезно сопоставить их с изображением человека в тесте «Рисунок человека»);
- можно получить дополнительную информацию из комментариев обследуемого к его рисунку и из наблюдений за процессом рисования (какова последовательность изображения членов семьи; в какие моменты возникали затруднения и т.п.);
- Иерархические отношения передаются на рисунке в соответствии с общекультурной нормой: доминирующая фигура (тот, кто главнее) возвышается над остальными.
- Признаком благоприятной семейной ситуации служит расположение членов семьи близко друг к другу, повернутыми лицом к зрителю или друг к другу.
- Важный показатель нормального внутрисемейного общения – прорисованные кисти рук у членов семьи.
- Тесное общение отражается в пространственной близости персонажей и в контакте рук.
- Одним из отклонений в построении семейных взаимоотношений является сверхтесный контакт между членами семьи.

СВОДНЫЙ СПИСОК ТЕСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Отсутствие

- себя– чувство своей отверженности в семье ;
- другого члена семьи – его малая значимость для ребенка ; конфликт ; негативное (амбивалентное) отношение .

Наличие членов семьи , отсутствующих в реальности – восприятие своей семьи как недостаточной , ущербной .

Включение домашних животных – недостаток общения , потребность в эмоциональном тепле

Отношения «выше – ниже» (по росту или местоположению) – отношения доминирования , подчинения .

Особо мелкое изображение

- себя – подавленность или заброшенность ; гиперопека ;
- родителя – представление о его малой значимости в семье ;
- брата или сестры – конкурентные отношения .

Особо крупное изображение

- себя – претензия на главенствующую роль в семье ;
- родителя – представление о его большой значимости в семье ;
- брата или сестры – представление о его (ее) доминирующей роли в семье , ревность .

Обращенность членов семьи друг к другу , пространственная близость , контакт рук – тесные эмоциональные контакты в семье .

Сверхплотное расположение фигур – сверхтесные связи в семье ; потребность в эмоциональной близости .

Удаленность

- всех членов семьи друг от друга – разобщенность членов семьи , слабость эмоциональных контактов между ними ;
- одного из членов семьи от других – его слабая связь с остальными ;
- себя от остальных – ощущение своей изолированности в семье .

Расположение детей и взрослых отдельными группами – ослабленность эмоциональных связей между детьми и родителями .

Изолированность

- изображения семьи от остального пространства листа – замкнутая жизнь семьи , ее изолированность от социального окружения ;
- всех членов семьи друг от друга : разделение линиями , расположение в разных комнатах – серьезное нарушение внутрисемейных контактов ;
- одного из членов семьи : отделение линией , расположение в другой комнате – конфликтные отношения с этим членом семьи ; его очень высокая изолированность в семье ;
- себя – ощущение своей отверженности в семье .

Изображение члена семьи со спины или в профиль, отвернувшимся от остальных – конфликтные отношения с этим членом семьи ;

Изображение себя, отвернувшимся от остальных – конфликтное отношение к семье в целом ; чувство своей отвергнутости другими членами семьи .

Небрежное или схематическое изображение в сравнении с «Рисунком человека»

- всех членов семьи или большинства из них – отсутствие эмоциональной привязанности к семье ; конфликтное отношение ;
- одного из членов семьи – отрицательное или конфликтное отношение к этому члену семьи ;
- себя – ощущение своей малой значимости в семье , отверженности .
- **Штриховка, штриховые или множественные линии , стирания , исправления** - повышенный нажим (в сравнении с «Рисунком человека») при изображении
- всех членов семьи или большинства из них – напряженная эмоциональная атмосфера в семье ;
- одного из членов семьи – напряженное , конфликтное или амбивалентное отношение к этому члену семьи ;
- себя – неблагоприятное эмоциональное самоощущение в семье .

Агрессивная символика : кулак , поднятая крупная ладонь , острые ногти , оружие или острое орудие в руках – агрессивное поведение данного члена семьи .

зубы – вербальная агрессия данного члена семьи .

Большое количество предметов : мебели , вещей – недостаточность эмоционального общения в семье .

Методика V.IV.

Методика «Человек под дождем»

Цель исследования: Оценка адаптивных возможностей и устойчивости человека к воздействию стрессовых факторов.

Оборудование: лист бумаги формата А4, простой карандаш, ластик.

Процедура проведения: перед ребенком кладут чистый лист бумаги и говорят ему: «Нарисуй, пожалуйста, человека под дождем».

Диагностические критерии:

- Рисунки рассматриваются в сравнении. (рисунок человека и человек под дождем)
- Дождь символизирует стрессовую ситуацию.
- Если эстетика рисунка меняется в лучшую сторону, возможно в условиях действия неблагоприятных факторов, давления, автор мобилизуется.
- Если эстетика меняется в худшую сторону, возможно автор «дичает», перестает за собой следить, замыкается и т.д.
- Общая композиция в рисунке «Человек под дождем» больше, капли дождя нередко заходят за невидимые границы листа, если рисунок существенно уменьшен, это свидетельствует о бессознательном стремлении автора минимизировать «энергозатраты», в связи с действием неблагоприятных обстоятельств, спрятаться, укрыться.
- Если размер фигуры сильно уменьшен это может свидетельствовать об ощущении собственного бессилия, потребности в поддержке.
- Изображения двигающегося человека под дождем свидетельствует о склонности к активным действиям. Человек под дождем может спастись бегством, спокойно идти, прыгать от радости, лежать или сидеть в луже,- все это покажет характер действий человека в условиях действия неблагоприятных факторов.
- Часто под дождем «меняется пол», это показывает преимущественную модель поведения в условиях действия неблагоприятных факторов.
- « Мужской тип», свидетельствует о том, что автор рисунка склонен проявлять активность, ответственность, принимать решения, искать выход.
- « Женский тип» отражает пассивность, доминирование интуиции, чувствительности, ранимости, избегание и прочее. Когда автор меняет пол, это говорит об изменении стиля реагирования и поведения.
- Увеличение возраста может говорить о стремлении проявлять мудрость, зрелость в сложных ситуациях, а также может свидетельствовать о потребности в поддержке, добром совете.
- Уменьшение возраста указывает на проявлении детского начала в авторе. Если он плачет, сидя в луже,- можно предположить проявление инфантилизма и бессилия в сложных ситуациях. Если он радуется, танцует, бежит за радугой,- вероятно, это можно использовать как творческий ресурс противостояния стрессу. Также это и может отражать потребность в личностном росте.
- Традиционно рисуют зонт, плащ, накидку. Человек надевает средства защиты и продолжает заниматься для себя обычными делами – это естественно. Однако бывает, человек, хоть и находится под зонтом, но от дождя его это не защищает

– капли проникают всюду. Подобное положение дает психологу сигнал о том, что прежние способы реагирования, защиты противостояния стрессу исчерпали себя и требуется проработка нового стиля сопротивления неблагоприятным воздействиям.

- Встречается, что средства защиты есть, а дождя нет, это характерно для человека «чрезмерно защищенного», который всегда «готов к удару» - он успешен в противостоянии стрессу, но какого напряжения это требует!?
- Туча – источник дождя. Лужа - след от дождя. Бывает, что туча символизирует конкретную стрессовую ситуацию в реальной жизни человека. Лужи рисуют чувствительные, долгое время переживающие последствия стресса.
- Дополнительные образы: (солнце, радуга, растения, предметы, объекты окружающего мира.), имеющие позитивное символическое значение, могут являться указанием на проявление ресурсов психологической адаптации.
- Образы, имеющие негативное символическое значение, усугубляют ситуацию стресса и конкретизируют содержание неблагоприятного воздействия.

Методика V.IV.

Методика «Незаконченные предложения»

Цель исследования. Вербальная проективная методика используется для оценки особенностей взаимоотношений, избирательности психологических связей, предрасположенности к нарушению сфер межличностных отношений

Оборудование: Бланк методики включает в себя 60 незаконченных предложений, расположенных в определенной последовательности, характеризующих основные отношения испытуемого (приложение №...).

Процедура проведения: Инструкция: «Прочтите предложения и закончите их, вписывая первую пришедшую Вам мысль. Делайте это как можно быстрее». Время проведения исследования занимает 30 мин.

Анализ результатов: Каждый бесконфликтный ответ обозначается знаком плюс (+), конфликтный – минус (-). Если испытуемый закончил 4 предложения таким образом, что в каждом из них звучит конфликт - это оценивается в четыре минуса (- - - -) и отношение к этой сфере считается полностью нарушенным. Три конфликтных и один бесконфликтный ответ (- - - +) – отношение значительно нарушено, два конфликтных и два бесконфликтных ответа (- - ++) – нарушенное отношение, один конфликтный и три бесконфликтных ответа (- +++) – частично нарушенное отношение, все четыре предложения заканчиваются бесконфликтным ответом (++++) – отношение к сфере полностью сохранено. После выполнения работы, изучения ее результатов и характеристики нарушенных отношений проводится разбор-интервью с обследуемым.

Диагностические критерии:

Определяется показатель O , характеризующий предрасположенность к нарушению сфер межличностных отношений:

$O = SN/CC$ - Где SN – сумма нарушенных сфер межличностных отношений, т.е. «полностью нарушенных», «значительно нарушенных» и «нарушенных». CC – сумма сохраненных сфер межличностных отношений, т.е. отношений «полностью сохраненных» и «частично нарушенных». Критерии, характеризующие предрасположенность к **нарушению сфер межличностных отношений по показателю O:**

- 0 – 0,07 – полностью отсутствует предрасположенность к нарушению сфер межличностных отношений;
- 0,15 – 0,25 – частичная предрасположенность;
- 0,3 – 0,7 – предрасположенность;
- 0,8 – 1,5 – значительная предрасположенность;

- 2,0 и более – полная предрасположенность

Методика V.VI.

Методика «Самооценка»

Цель исследования. *Исследование уровня самооценки.*

Оборудование: бланк, содержащий две графы: идеал и анти идеал (Приложение №...)

Процедура проведения: **Инструкция:** « *Внимательно прочтите слова, характеризующие отдельные качества личности (черты характера): Составьте 2 ряда слов по 10-20 в каждом. Первый столбец - назовем его «Мой идеал» - поместите слова, которые характеризуют ваш идеал. Во второй - назовем его «Анти идеал» - слова, обозначающие черты, которыми идеал обладать не должен. Из 1(+) и 2 (-) рядов выберите те черты, которыми вы, как вам кажется, обладаете. (по системе да - нет, независимо от степени выраженности).*

Диагностические критерии:

- Уровень самооценки = черты, которыми обладаю/ мой идеал
- 0 – 0,3 – низкий уровень самооценки
- 0,4 – 0,6 – нормальный уровень самооценки
- 0,7 – 1 – высокий уровень самооценки

Методика V.VII.

Методика Кондаша

Цель исследования. Выявление уровней тревожности: школьной, самооценочной, межличностной. Особенность шкал такого типа состоит в том, что в них испытуемый оценивает не наличие или отсутствие у себя каких-либо переживаний, симптомов тревожности, а ситуацию с точки зрения того, насколько она может вызвать тревогу. Преимущество шкал такого типа заключается, во-первых, в том, что они позволяют выявить области действительности, объекты, являющиеся для школьника основными источниками тревоги, и, во-вторых, в меньшей степени, чем другие типы опросников, оказываются зависимыми от особенностей развития у учащихся интроспекции.

Оборудование: Бланк методики содержит 30 ситуаций трёх типов:

- 1) ситуации, связанные со школой, общением с учителями;
- 2) ситуации, актуализирующие представление о себе;
- 3) ситуации общения.

Процедура проведения: Инструкция: « В предлагаемом Вам задании перечислены ситуации, с которыми Вы часто встречались в жизни. Некоторые из них могут быть для Вас неприятными, вызвать волнение, беспокойство, тревогу, страх. Внимательно прочитайте каждое предложение и обведите кружком одну из цифр справа: 0, 1, 2, 3, 4. Если ситуация совершенно не кажется Вам неприятной, обведите цифру - 0. Если она немного волнует, беспокоит Вас, обведите цифру - 1. Если ситуация достаточно неприятна и вызывает такое беспокойство, что Вы предпочли бы избежать её, обведите цифру - 2. Если она для Вас очень неприятна и вызывает сильное беспокойство, тревогу, страх, обведите цифру — 3. Если ситуация для Вас крайне неприятна, если вы не можете перенести её и она вызывает у вас очень сильное беспокойство, очень сильный страх, обведите цифру - 4. Ваша задача - представить себе как можно яснее каждую ситуацию и обвести кружком ту цифру, которая указывает в какой степени эта ситуация может вызывать у Вас опасение, беспокойство, тревогу страх.»

Анализ результатов: Виды тревожности, выявляемые с помощью данной шкалы, обозначены так: школьная, самооценочная, межличностная. Данные о распределении пунктов шкалы представлены в таблице.

Вид	Номер пункта шкалы
-----	--------------------

Школьная	1	4	6	9	10	13	16	20	25	30
Самооценочная	3	5	12	14	19	22	23	27	28	29
Межличностная	2	7	8	11	15	17	18	21	24	26

Подсчитывается общая сумма баллов отдельно по каждому разделу шкалы и по шкале в целом. Полученные результаты интерпретируются в качестве показателей уровней соответствующих видов тревожности, показатель по всей шкале — общего уровня тревожности. В следующей таблице представлены стандартные данные, позволяющие сравнить показатели уровня тревожности в различных половозрастных группах.

Диагностические критерии:

Уровень тревожности	Группа учащихся		Уровень различных видов тревожности (в баллах)			
	Класс	Пол	Общая	Школьная	Самооценочная	Межличностная
Нормальный	8	ж	30-62	7-19	11-21	7-20
		м	17-54	4-17	4-18	5-17
	9	ж	17-54	2-14	6-19	4-19
		м	10-48	1-13	1-17	3-17
	10	ж	35-62	5-17	12-23	5-20
		м	23-47	5-14	8-17	5-14
Несколько повышенный	8	ж	63-78	20-25	22-26	21-27
		м	55-73	18-23	19-25	18-24
	9	ж	55-72	15-20	20-26	20-26
		м	49-67	14-19	18-26	18-25
	10	ж	63-76	18-23	24-29	21-28
		м	48-60	15-19	18-22	15-19
3. Высокий	8	ж	79-94	26-31	27-31	28-33
		м	74-91	24-30	26-32	25-30
	9	ж	73-90	21-26	27-32	27-33
		м	68-86	20-25	27-34	26-32
	10	ж	77-90	24-30	30-34	29-36
		м	61-72	20-24	23-27	20-23
4. Очень высокий	8	ж	более 94	более 31	более 31	более 33
		м	более 91	более 30	более 32	более 30
	9	ж	более 90	более 26	более 32	более 33
		м	более 86	более 25	более 34	более 32
	10	ж	более 90	более 30	более 34	более 36
		м	более 72	более 24	более 27	более 23
Чрезмерное спокойствие	8	ж	менее 30	менее 7	менее 11	менее 7
		м	менее 17	менее 4	менее 4	менее 5
	9	ж	менее 17	менее 2	менее 6	менее 4
		м	менее 10	—	—	менее 3
	10	ж	менее 35	менее 5	менее 12	менее 5
		м	менее 23	менее 5	менее 8	менее 5

Особого внимания требуют учащиеся с высокой и очень высокой общей тревожностью. Подобная тревожность обусловлена либо реальным неблагополучием школьника в наиболее значимых областях деятельности и общения, либо тревожность существует как бы вопреки объективно благополучному положению, являясь следствием определенных личностных конфликтов, нарушений в развитии самооценки.

Методика V.VIII.

Методика Филлипса

Цель исследования: Изучение уровня и характера тревожности, связанной со школой у детей младшего и среднего школьного возраста. Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться школьниками, а могут и предлагаться в письменном виде. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «Да» или «Нет».

Оборудование: Бланк теста из 58 вопросов, бланк для ответов, ручка.

Процедура проведения: Инструкция: «Сейчас вам будет предложен опросник, который состоит из вопросов о том, как вы себя чувствуете в школе. Старайтесь отвечать искренне и правдиво, здесь нет верных или неверных, хороших или плохих ответов. Над вопросами долго не задумывайтесь. На листе для ответов вверху запишите свое имя, фамилию и класс. Отвечая на вопрос, записывайте его номер и ответ "+", если вы согласны с ним, или "—", если не согласны».

Диагностические критерии:

- При обработке результатов выделяют вопросы, ответы на которые не совпадают с ключом теста. Например, на 58-й вопрос ребенок ответил «Да», в то время как в ключе этому вопросу соответствует «—», т.е. ответ «нет». Ответы, не совпадающие с ключом — это проявление тревожности.
- При обработке подсчитывается:
 - а) общее число несовпадений по всему тесту. Если оно больше 50%, можно говорить о повышенной тревожности ребенка, если больше 75% от общего числа вопросов теста — о высокой тревожности;
 - б) число совпадений по каждому из восьми факторов тревожности, выделяемых в тексте. Уровень тревожности определяется так же, как в первом случае. Анализируется общее внутреннее эмоциональное состояние школьника, во многом определяющееся наличием тех или иных тревожных синдромов (факторов) и их количеством.

Факторы	Номера вопросов
1. Общая тревожность в школе	2, 4, 7, 12, 16, 21, 23, 26, 28, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, E=22
2. Переживание социального стресса	10, 15, 20, 24, 30, 33, 36, 39, 42, 44, E= 11
3. Фрустрация потребности в достижении успеха	1, 3, 6, 11, 17, 19, 25, 29, 32, 35, 38, 41, E=13
4. Страх самовыражения	27, 31, 34, 37, 40, 45, E=6
5. Страх ситуации проверки знаний	2, 7, 12, 16, 21, 26, E=6
6. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	3, 8, 13, 17, 22, E=5
7. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу	9, 14, 18, 23, 28, E= 5
8. Проблемы и страхи в отношениях с учителями	2,6, 11, 32, 35, 41,44,47, E= 8

Ключ к вопросам «+» — Да; «—» — Нет

1. -	21. —	41. +
2. -	22. +	42. _
3. —	23. —	43. +
4. _	24. +	44. +
5. -	25. +	45. —
6. -	26. —	46. —
7. -	27. _	47. —
8. -	28. —	48. —
9. -	29. —	49. —
10. -	30. +	50. —
11. +	31. —	51. —
12. -	32. —	52. —
13. —	33. —	53. —
14. —	34. —	54. —
15. -	35. +	55. —
16. -	36. +	56. —
17. -	37. —	57. —
18. -	38. +	58. —
19. -	39. +	
20. +	40. —	

Анализ результатов:

- Число несовпадений знаков («+» — Да, «—» — Нет) по каждому фактору (абсолютное число несовпадений в процентах: < 50%; > 50; > 75%). Возможно представление этих данных в виде индивидуальных диаграмм.
- Представление сравнительных результатов при повторных замерах.
- Общая тревожность в школе — общее эмоциональное состояние ребенка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы.
- Переживания социального стресса — эмоциональное состояние ребенка, на фоне которого развиваются его социальные контракты (прежде всего — со сверстниками).
- Фрустрация потребности в достижении успеха — неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата и т.д.
- Страх самовыражения — негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей.
- Страх ситуации проверки знаний — негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки (особенно — публичной) знаний, достижений, возможностей.
- Страх не соответствовать ожиданиям окружающих — ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок.
- Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу — особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающие вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

- Проблемы и страхи в отношениях с учителями — общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка.

VI. ПРОФОРИЕНТАЦИЯ.

Методика VI.I.

Тест Г.Ю. Айзенка

Цель исследования: Выявление типа темперамента. Данная методика рассчитана на контингент испытуемых в возрасте от 12 до 17 лет.

Оборудование: Бланк теста из 60 вопросов, бланк для ответов, ручка.

Процедура проведения: Предлагаемая методика содержит опросник Айзенка (подростковый вариант), классификацию в зависимости от соотношения результатов шкалы нейротизма и шкалы интроверсии, вербальное описание особенностей каждого типа и основное направление тактики взаимоотношений с подростками каждого типа. Инструкция: «Сейчас Вам будет предложен опросник. Старайтесь отвечать искренне и правдиво, здесь нет верных или неверных, хороших или плохих ответов. На предлагаемые вопросы следует отвечать «да» или «нет», не раздумывая. Ответ заносится на опросный лист под соответствующим номером».

Диагностические критерии:

Ключ:

1. Экстраверсия (Э):

«Да»: 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57.

«Нет»: 6, 33, 51, 55, 59.

2. Нейротизм (Н):

«Да»: 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60.

3. «Ложь»:

«Да»: 8, 16, 24, 28, 36, 44.

«Нет»: 4, 12, 20, 32, 40, 48.

Нормативы для подростков 12—17 лет для отнесения их к определенному типу темперамента (табл.): экстраверсия (Э) -11—14 баллов, «ложь» — 4—5 баллов, нейротизм (Н) — 10—15 баллов.

Таблица Тип темперамента:

№ п/п	Данные по тесту Айзенка		№ п/п	Данные по тесту Айзенка	
	Э, баллы	Н, баллы		Э, баллы	Нf баллы
1	0-4	0-4	17	16-20	4-8
2	20-24	0-4	18	4-8	16-20
3	20-24	20-24	19	4-8	4-8
4	0-4	20-24	20	16-20	16-20
5	0-4	4-8	21	12-16	8-12
6	0-4	16-20	22	8-12	8-12
7	0-4	8-16	23	16-20	8-12
8	4-8	0-4	24	12-16	4-8
9	8-16	0-4	25	8-12	4-8
10	16-20	0-4	26	4-8	8-12
11	20-24	4-8	27	4-8	12-16
12	20—24	8-16	28	8-12	16-20
13	20—24	16-20	29	12-16	16-20
14	16—20	20-24	30	16-20	12-16

15	8-16	20-24	31	8-12	12-16
16	4-8	20-24	32	12-16	12-16

- Тип № 1 Э: 0-4; Н: 0-4

Характерологические проявления. Безмятежный, мирный, невозмутимый. В группе скромен. Дружбу не навязывает, но и не отвергает, если ему предложат. Склонен к упрямству, если ощущает свою правоту. Не смешлив. Речь спокойная. Терпелив. Хладнокровен.

- Тип № 2 Э: 20-24; Н: 0-4

Характерологические проявления. Радостный, общительный, разговорчивый. Любит быть на виду. Оптимист, верит в успех. Поверхностен. Легко прощает обиды, превращает конфликты в шутку. Впечатлителен, любит новизну. Пользуется всеобщей любовью. Однако поверхностен, беспечен. Прихотлив. Артистичен. Не умеет добиваться результатов (увлекается, но быстро остывает).

- Тип № 3 Э: 20-24; Н: 20-24

Характерологические проявления. Активный, имеет хорошо развитые, бойцовские качества. Насмешлив. Стремится общаться со всеми «на равных». Очень честолюбив. В случае несогласия с позицией более старшего принимает активно противоборствующую позицию. Не выносит безразличия в свой адрес.

- Тип № 4 Э: 0-4; Н: 20-24

Характерологические проявления. Тип беспокойный, настороженный, неуверенный в себе. Ищет опеки. Необщителен, поэтому имеет смещенные оценки и самооценки. Высокоранимый. Адаптация идет длительно, поэтому действия замедленны. Не любит активный образ жизни. Созерцатель. Часто склонен к философии. Легко драматизирует ситуацию.

- Тип № 5 Э: 0-4; Н: 4-8

Характерологические проявления. Созерцателен, спокоен. Имеет низкий уровень заинтересованности в реальной жизни, а значит и низкие достижения. Направлен на внутренние выдуманные или вычитанные коллизии. Послушно - безразличен.

- Тип № 6 Э: 0-4; Н: 16-20

Характерологические проявления. Сдержанный, робкий, чувствительный, стесняется в незнакомой ситуации. Неуверенный, мечтательный. Любит философствовать, не любит многолюдья. Имеет склонность к сомнениям. Мало верит в свои силы. В целом уравновешен. Не склонен паниковать и драматизировать ситуацию. Тревожный. Часто пребывает в нерешительности. Склонен к фантазиям.

- Тип № 7 Э: 0-4; Н: 8-16

Характерологические проявления. Человек скромный, активный, направленный на дело. Справедливый, преданный друг. Очень хороший, умелый помощник, но плохой организатор. Застенчив. Предпочитает оставаться в тени. В компаниях, как правило, не состоит. Дружит вдвоем. Взаимоотношениям придает большое значение. Иногда скучновато - морализующий.

- Тип № 8 Э: 4-8; Н: 0-4

Характерологические проявления. Человек спокойный, склонный к общению в компаниях. Эстетически одаренный. Скорее созерцатель, чем деятель. Уравновешенный. Безразличный к успехам. Любит жить «как все». Во взаимоотношениях ровен, но глубоко переживать не умеет. Легко избегает конфликтов.

- Тип № 9 Э: 8-16; Н: 0-4

Характерологические проявления. Активный, жизнерадостный. Общительный. В общении неразборчив. Легко попадает в асоциальные группировки вследствие

плохой сопротивляемости дезорганизирующим условиям. Склонный к новизне, любознательный. Социальный интеллект развит слабо. Нет умения строить адекватные оценки и самооценки. Часто нет твердых принципиальных установок. Энергичен. Доверчив.

- Тип № 10 Э: 16-20; Н: 0-4

Характерологические проявления. Артистичен. Любит развлекать. Недостаточно настойчив. Общителен. Неглубок. Уравновешен.

- Тип № 11 Э: 20-24; Н: 4-8

Характерологические проявления. Активный, общительный, благородный, честолюбивый. Легко соглашается на рискованные развлечения. Не всегда разборчив в друзьях, в средствах достижения цели. Благороден. Часто эгоистичен. Обаятелен. Имеет организаторские склонности.

- Тип № 12 Э: 20-24; Н: 8-16

Характерологические проявления. Легко подчиняется дисциплине. Обладает чувством собственного достоинства. Организатор. Склонен к искусству, спорту. Активен. Влюбчив. Легко увлекается людьми и событиями. Впечатлителен.

- Тип № 13 Э: 20-24; Н: 16-20

Характерологические проявления. Сложный тип. Тщеславен. Энергичен. Жизнерадостен. Не имеет, как правило, высокой духовной направленности. Погружен в житейские радости. Во главу угла жизни ставит бытовые потребности. Преклоняется перед престижностью. Всеми силами стремится достичь удачи, успеха, выгоды. Презирает неудачников. Общительный, демонстративный. Жестко выдвигает свои требования.

- Тип № 14 Э: 16-20; Н: 20-24

Характерологические проявления. Властный, мнительный, подозрительный, педантичный. Всегда стремится к первенству. Мелочный. Наслаждается любым превосходством. Язвительно-желчен. Склонен к насмешке над более слабыми. Мстителен, пренебрежителен, деспотичен. Утомляем.

- Тип № 15 Э: 8-16; Н: 20-24

Характерологические проявления. Вечно недовольный, ворчливый, склонный к придирам. Мелочно-требовательный. К язвительности не склонен. Легко обижается по пустякам. Часто хмур, раздражителен. Завистлив. В делах неуверенный. В отношениях — подчиненный. Перед трудностями пасует. В группе, классе держится в стороне. Злопамятный. Друзей не имеет. Сверстниками командует. Голос тихий, резкий.

- Тип № 16 Э: 4-8; Н: 20-24

Характерологические проявления. Высокочувствительный тип, недоверчивый, затаенно-страстный, молчаливый, замкнуто-обидчивый. Самолюбивый, независимый, имеет критический ум. Пессимист. Склонен к обобщенному мышлению. Часто — неуверенность в себе.

- Тип № 17 Э: 16-20; Н: 4-8

Характерологические проявления. Очень эмоционален. Восторженный, жизнерадостный, общительный, влюбчивый. В контактах — неразборчив, дружески настроен ко всем. Непостоянен, наивен, ребячлив, нежен. Пользуется симпатией окружающих. Фантазер. Не стремится к лидерству, предпочитая интимно-дружеские связи.

- Тип № 18 Э: 4-8; Н: 16-20

Характерологические проявления. Эмпатичный. Очень жалостливый, склонный поддерживать слабых, предпочитает интимно-дружеские контакты. Настроение чаще

спокойно-пониженное. Скромный, застенчивый. Не уверен в себе. Созерцатель. Легко становится настороженным и подозрительным в неблагоприятных условиях.

- Тип № 19 Э: 4-8; Н: 4-8

Характерологические проявления. Спокойный тип. Молчаливый, рассудительный. Замедленно-деятельный, очень последовательный, самостоятельный, независимый, кропотливый. Беспристрастный, скромный, низко-эмоциональный. Иногда отвлечен от реальности.

- Тип № 20 Э: 16-20; Н: 16-20

Характерологические проявления. Очень демонстративен, не умеет сопереживать. Эмоционально беден. Любит противопоставлять себя коллективу. Очень напорист в достижении значимых для себя ценностей. Престижен. Часто фальшив. Практичен.

- Тип №21 Э: 12-16; Н: 8-12

Характерологические проявления. Очень энергичен, жизнерадостен. «Любимец публики». Считается, что подростки такого типа счастливы. Действительно, они часто очень одаренны, легко учатся, артистичны, малоутомляемы. Однако наличие этих качеств часто имеет негативные результаты. Подростки (и молодые люди) с детства привыкают, что им все доступно. В результате чего не учатся серьезно работать над достижением цели. Легко все бросают, часто прерывают дружбу. Поверхностны. Имеют довольно низкий социальный интеллект.

- Тип № 22 Э: 8-12; Н: 8-12

Характерологические проявления. Очень пассивно-безразличный. Уверен в себе. В отношении к окружающим жестко-требователен. Злопамятен. Часто проявляет пассивное упрямство. Очень педантичен, мелочен. Рассудителен, хладнокровен. К чужому мнению относится безразлично. Ригиден, предпочитает привычные дела и монотонность быта. Интонации речи маловыразительные. Малоэстетичен.

- Тип № 23 Э: 16-20; Н: 8-12

Характерологические проявления. Общительный, активный, инициативен, увлекающийся. При этом умеет управлять собой. Умеет добиваться намеченной цели. Честолюбив. Любит лидировать и умеет быть организатором. Пользуется доверием и искренним уважением окружающих. Характер легкий, эстетичен, ровно оживлен.

- Тип № 24 Э: 12-16; Н: 4-8

Характерологические проявления. Активный, уравновешенный тип. Энергичен. Среднеобщителен. Привязчив к немногочисленным друзьям. Упорядочен. Умеет ставить перед собой задачи и добиваться решений. Не склонен к соперничеству. Иногда обидчив.

- Тип № 25 Э: 8-12; Н: 4-8

Характерологические проявления. Активен, иногда взрывчатый, иногда беспечно-веселый. Часто спокойно - безразличен. Инициативы почти не проявляет, действует по указке. Пассивен в социальных контактах. К глубоким эмоциональным переживаниям не расположен. Склонен к монотонной кропотливой работе.

- Тип № 26 Э: 4-8; Н: 8-12

Характерологические проявления. Спокоен, уравновешен, терпелив, педантичен. Честолюбив. Целеустремлен. Имеет твердые принципы. Временами обидчив.

- Тип № 27 Э: 4-8; Н: 12-16

Характерологические проявления. Уравновешенно -меланхоличный. Тонко чувствительный. Привязчивый; ценит доверительно-интимные отношения, спокойный. Ценит юмор. В целом -оптимист. Иногда паникует, иногда впадает в депрессии. Однако чаще спокойно-задумчив.

- Тип № 28 Э: 8-12; Н: 16-20

Характерологические проявления. Меланхоличный, честолюбивый, упорный, серьезный. Иногда склонен к уныло-тревожному настроению. Дружит с немногочисленным кругом людей. Необидчив, но иногда мнителен. Самостоятелен в решениях относительно принципиальных вопросов, но зависим от близких в эмоциональной жизни.

- Тип № 29 Э: 12-16; Н: 16-20

Характерологические проявления. Жестко требователен к окружающим: упрям, горд, очень честолюбив. Энергичен, общителен, настроение часто боевитое. Неудачи скрывает. Любит быть на виду. Хладнокровен.

- Тип № 30 Э: 16-20; Н: 12-16

Характерологические проявления. Гордый, стремится к первенству, злопамятен. Стремится к лидерству во всем. Энергичен, упорен. Спокойный, расчетливый. Любит риск, непреклонный в достижениях. Не лишен артистизма, хотя и суховат.

- Тип № 31 Э: 8-12; Н: 12-16

Характерологические проявления. Застенчив, независтлив, стремится к самостоятельности, привязчив. Доброжелателен. С близкими людьми проявляет наблюдательность, чувство юмора. Склонен к глубоким доверительным отношениям. Избегает ситуации риска, опасности. Не выносит навязанный темп. Иногда склонен к быстрым решениям. Часто раскаивается в своих поступках. В неудачах обвиняет только себя.

- Тип № 32 Э: 12-16; Н: 12-16

Характерологические проявления. Честолюбив, неудачи не снижают уверенности в себе. Заносчив. Злопамятен. Энергичен. Упорен. Целеустремлен. Склонен к конфликтности. Не уступает, даже если не прав. Муж совести не испытывает. В общении не склонен к сопереживанию. Ценит только информативность. Эмоционально ограниченный тип.

Методика VI.П.

Дифференциально - диагностический опросник (Е.А. Климов)

Цель исследования: Методика предназначена для выявления предрасположенности человека к определенным типам профессий.

Оборудование: Бланк теста, состоящий из 20 альтернативных суждений, бланк для ответов, ручка.

Процедура проведения: Инструкция: «Предположим, что после соответствующего обучения Вы сможете выполнить любую работу. Но если бы Вам пришлось выбирать только из двух возможностей, что бы Вы предпочли?» Внимательно прочитайте следующие вопросы и выберите соответствующий ответ. Вы должны в каждой из 20 пар предлагаемых видов деятельности выбрать только один вид и в соответствующей клетке листа ответов поставить знак « + ». Время обследования не ограничивается. Хотя, следует предупредить о том, что над вопросами не следует долго задумываться и обычно на выполнение задания требуется 20–30 мин.

Анализ результатов:

По результатам, в соответствии с ключом, выявляется ориентация человека на 5 типов профессий, по классификации Е.А. Климова:

- человек - природа;
- человек - техника;
- человек - человек;
- человек - знаковая техника, знаковый образ;
- человек - художественный образ.

Ключ к тесту: За каждое совпадение с ключом начисляется один балл.

Типы профессий	Номера вопросов
Человек-природа	1а, 3б, 6а, 10а, 11а, 13б, 16а, 20а
Человек-техника	1б, 4а, 7б, 9а, 11б, 14а, 17б, 19а
Человек-человек	2а, 4б, 6б, 8а, 12а, 14б, 16б, 18а
Человек-знаковая система	2б, 5а, 9б, 10б, 12б, 15а, 19б, 20б
Человек-художественный образ	3а, 5б, 7а, 8б, 13а, 15б, 17а, 18б

Интерпретация результатов теста: рекомендуется выбрать тот тип профессий, который получил максимальное количество знаков баллов. Название типов профессий:

- «человек–природа» – все профессии, связанные с растениеводством, животноводством и лесным хозяйством;
- «человек–техника» – все технические профессии;
- «человек–человек» – все профессии, связанные с обслуживанием людей, с общением;
- «человек–знак» - все профессии, связанные с обсчетами, цифровыми и буквенными знаками, в том числе и музыкальные специальности;
- «человек – художественный образ» – все творческие специальности.

Дополнительный диагностический материал по психолого-педагогической диагностике эмоционально-волевой сферы участников программы

Методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку)

Тест направлен на изучение психологического состояния человека через диагностику таких психических состояний как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность.

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность человека. Часто проявляется в склонности человека переживать сильную тревогу по значительным и незначительным поводам. Психологическое состояние повышенного беспокойства, эмоционального напряжения человека. Черта характера в виде склонности к реакциям тревоги, чувства опасения или страха, часто не вполне оправданных.

Фрустрация – психическое состояние (обман, тщетное ожидание), наполненное тревогой, досадой, внутренним дискомфортом. Возникает, если не наступают события, которых человек ожидал, не исполняются надежды, возникают преграды на пути к цели.

Агрессия – поведение человека, выражающееся в повышенной психологической активности, стремлении к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям.

Ригидность (жесткость, твердость) – неготовность человека к изменениям программы действий, в соответствии с новыми ситуационными требованиями.

Инструкция. Предлагаем вам описание различных психических состояний. Если это состояние очень подходит вам, то за ответ ставится 2 балла; если подходит, но не очень, то — 1 балл; если совсем не подходит — то 0 баллов.

	Психическое состояние	Подходит	Подходит, но не очень	Не подходит
1	Не чувствую в себе уверенности	2	1	0
2	Часто из-за пустяков краснею	2	1	0
3	Мой сон беспокоен	2	1	0
4	Легко впадаю в уныние	2	1	0
5	Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях	2	1	0
6	Меня пугают трудности	г	1	0
7	Люблю копаться в своих недостатках	2	1	0
8	Меня легко убедить	2	1	0
9	Я мнительный	г	1	0
10	С трудом переношу время ожидания	2	1	0
11	Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых можно найти выход	2	1	0
12	Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом	2	1	0
13	При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя	2	1	0
14	Несчастья и неудачи ничему меня не учат	2	1	0
15	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной	2	1	0
16	Я нередко чувствую себя беззащитным	2	1	0
17	Иногда у меня бывает состояние отчаяния	2	1	0
18	Чувствую растерянность перед трудностями	2	1	0
19	В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы меня пожалели	2	1	0
20	Считаю недостатки своего характера неисправимыми	2	1	0
21	Оставляю за собой последнее слово	2	1	0
22	Нередко в разговоре перебиваю собеседника	2	1	0
23	Меня легко рассердить	2	1	0
24	Люблю делать замечаний другим	2	1	0
25	Хочу быть авторитетом для окружающих	2	1	0

26	Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего	2	1	0
27	Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю	2	1	0
28	Предпочитаю лучше руководить, чем подчинять	2	1	0
29	У меня резкая, грубовата» жестикуляция	2	1	0
30	Я мстителен	2	1	0
31	Мне трудно менять привычки	2	1	0
32	Нелегко переключаю внимание	2	1	0
33	Очень настороженно отношусь ко всему новому	2	1	0
34	Меня трудно переубедить	2	1	0
35	Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы освободиться	2	1	0
36	Нелегко сближаюсь с людьми	2	1	0
37	Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана	2	1	0
38	Нередко я проявляю упрямство	2	1	0
39	Неохотно иду на риск	2	1	0
40	Резко переживаю отклонения от принятого мною режима	2	1	0

Интерпретация тестирования

Подсчитайте сумму баллов за каждую из 4 групп вопросов.

I. Тревожность (вопросы 1-10)

- 0-7 баллов Низкая тревожность
8-14 баллов Тревожность средняя, допустимого уровня
15-20 баллов Высокая тревожность

II. Фрустрация (вопросы 11 –20)

- 0-7 баллов Вы имеете высокую самооценку, устойчивы к неудачам и не боитесь трудностей
8-14 баллов Средний уровень, фрустрация имеет место
15-20 баллов У вас низкая самооценка, вы избегаете трудностей, боитесь неудач

III. Агрессивность (вопросы 21-30)

- 0-7 баллов Вы спокойны, выдержанны
8-14 баллов Средний уровень
15-20 баллов Вы агрессивны, не выдержаны. Есть трудности в работе с людьми

IV. Ригидность (вопросы 31-40)

- 0-7 баллов Ригидности нет, легкая переключаемость
8-14 баллов Средний уровень
15-20 баллов Сильно выраженная ригидность, вам противопоказаны резкие изменения в жизни (учебе, работе, семье)

Методика Кондаша

Цель исследования. Выявление уровней тревожности: школьной, самооценочной, межличностной. Особенность шкал такого типа состоит в том, что в них испытуемый оценивает не наличие или отсутствие у себя каких-либо переживаний, симптомов тревожности, а ситуацию с точки зрения того, насколько она может вызвать тревогу. Преимущество шкал такого типа заключается, во-первых, в том, что они позволяют выявить области действительности, объекты, являющиеся для школьника основными источниками тревоги, и, во-вторых, в меньшей степени, чем другие типы опросников, оказываются зависимыми от особенностей развития у учащихся интроспекции.

Оборудование: Бланк методики содержит 30 ситуаций трёх типов:

- 1) ситуации, связанные со школой, общением с учителями;
- 2) ситуации, актуализирующие представление о себе;
- 3) ситуации общения.

Процедура проведения: Инструкция: « В предлагаемом Вам задании перечислены ситуации, с которыми Вы часто встречались в жизни. Некоторые из них могут быть для Вас неприятными, вызвать волнение, беспокойство, тревогу, страх. Внимательно прочитайте каждое предложение и обведите кружком одну из цифр справа: 0, 1, 2, 3, 4. Если ситуация совершенно не кажется Вам

неприятной, обведите цифру - 0. Если она немного волнует, беспокоит Вас, обведите цифру - 1. Если ситуация достаточно неприятна и вызывает такое беспокойство, что Вы предпочли бы избежать её, обведите цифру - 2. Если она для Вас очень неприятна и вызывает сильное беспокойство, тревогу, страх, обведите цифру — 3. Если ситуация для Вас крайне неприятна, если вы не можете перенести её и она вызывает у вас очень сильное беспокойство, очень сильный страх, обведите цифру - 4. Ваша задача - представить себе как можно яснее каждую ситуацию и обвести кружком ту цифру, которая указывает в какой степени эта ситуация может вызывать у Вас опасение, беспокойство, тревогу страх.»

Анализ результатов: Виды тревожности, выявляемые с помощью данной шкалы, обозначены так: школьная, самооценочная, межличностная. Данные о распределении пунктов шкалы представлены в таблице.

Вид тревожности	Номер пункта шкалы									
Школьная	1	4	6	9	10	13	16	20	25	30
Самооценочная	3	5	12	14	19	22	23	27	28	29
Межличностная	2	7	8	11	15	17	18	21	24	26

Подсчитывается общая сумма баллов отдельно по каждому разделу шкалы и по шкале в целом. Полученные результаты интерпретируются в качестве показателей уровней соответствующих видов тревожности, показатель по всей шкале — общего уровня тревожности. В следующей таблице представлены стандартные данные, позволяющие сравнить показатели уровня тревожности в различных половозрастных группах.

Диагностические критерии:

Уровень тревожности	Группа учащихся		Уровень различных видов тревожности (в баллах)			
	Класс	Пол	Общая	Школьная	Самооценочная	Межличностная
1. Нормальный	8	ж	30-62	7-19	11-21	7-20
		м	17-54	4-17	4-18	5-17
	9	ж	17-54	2-14	6-19	4-19
		м	10-48	1-13	1-17	3-17
	10	ж	35-62	5-17	12-23	5-20
м	23-47	5-14	8-17	5-14		
2. Несколько повышенный	8	ж	63-78	20-25	22-26	21-27
		м	55-73	18-23	19-25	18-24
	9	ж	55-72	15-20	20-26	20-26
		м	49-67	14-19	18-26	18-25
	10	ж	63-76	18-23	24-29	21-28
м	48-60	15-19	18-22	15-19		
3. Высокий	8	ж	79-94	26-31	27-31	28-33
		м	74-91	24-30	26-32	25-30
	9	ж	73-90	21-26	27-32	27-33
		м	68-86	20-25	27-34	26-32
	10	ж	77-90	24-30	30-34	29-36
м	61-72	20-24	23-27	20-23		
4. Очень высокий	8	ж	более 94	более 31	более 31	более 33
		м	более 91	более 30	более 32	более 30
	9	ж	более 90	более 26	более 32	более 33
		м	более 86	более 25	более 34	более 32

	10	ж	более 90	более 30	более 34	более 36
		м	более 72	более 24	более 27	более 23
5. Чрезмерное спокойствие	8	ж	менее 30	менее 7	менее 11	менее 7
		м	менее 17	менее 4	менее 4	менее 5
	9	ж	менее 17	менее 2	менее 6	менее 4
		м	менее 10	—	—	менее 3
	10	ж	менее 35	менее 5	менее 12	менее 5
		м	менее 23	менее 5	менее 8	менее 5

Особого внимания требуют учащиеся с высокой и очень высокой общей тревожностью. Подобная тревожность обусловлена либо реальным неблагополучием школьника в наиболее значимых областях деятельности и общения, либо тревожность существует как бы вопреки объективно благополучному положению, являясь следствием определенных личностных конфликтов, нарушений в развитии самооценки.

Тест Томаса - типы поведения в конфликте

Одной из самых распространенных методик диагностики поведения личности в конфликтной ситуации (точнее, в конфликте интересов) является опросник Кеннета Томаса (Kenneth Thomas) "Определение способов регулирования конфликтов". К. Томас исходил из того, что людям не следует избегать конфликтов или разрешать их любой ценой, а требуется уметь грамотно ими управлять. Он совместно с Ральфом Килманном (Ralph Kilmann) предложил двухмерную модель регулирования конфликтов, одно измерение которой - поведение личности, основанное на внимании к интересам других людей; второе - поведение, подразумевающее игнорирование целей окружающих и защиту собственных интересов.

Для описания типов поведения людей в конфликтах (точнее, в конфликте интересов) К. Томас считает применимой двухмерную модель регулирования конфликтов, основополагающими в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в ситуацию, и напористость, для которой характерен акцент на собственных интересах.

Выделяется пять способов регулирования конфликтов, обозначенные в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость):

1. Соревнование (конкуренция) — стремление добиться своих интересов в ущерб другому.
2. Приспособление — принесение в жертву собственных интересов ради другого.
3. Компромисс — соглашение на основе взаимных уступок; предложение варианта, снимающего возникшее противоречие.
4. Избегание — отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.
5. Сотрудничество — участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

В своем опроснике по выявлению типичных форм поведения К. Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения.

Ответы на вопросы заносятся в бланк.

Инструкция: Перед вами ряд утверждений, которые помогут определить некоторые особенности вашего поведения. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Люди различны, и каждый может высказать свое мнение.

Имеются два варианта, А и В, из которых вы должны выбрать один, в большей степени соответствующий вашим взглядам, вашему мнению о себе. В бланке для ответов поставьте отчетливый крестик соответственно одному из вариантов (А или В) для каждого утверждения. Отвечать надо как можно быстрее.

Текст опросника

1.
 - А. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.
 - В. Чем обсуждать, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.
2.
 - А. Я стараюсь найти компромиссное решение.
 - В. Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных.
3.
 - А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
 - В. Я стараюсь успокоить другого и сохранить наши отношения.
4.
 - А. Я стараюсь найти компромиссное решение.
 - В. Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
5.
 - А. Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого.
 - В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.
6.
 - А. Я пытаюсь избежать неприятностей для себя.
 - В. Я стараюсь добиться своего.
7.
 - А. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса, с тем чтобы со временем решить его окончательно.
 - В. Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться другого.
8.
 - А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.
 - В. Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы.
9.
 - А. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.
 - В. Я прилагаю усилия, чтобы добиться своего.
10.
 - А. Я твердо стремлюсь достичь своего.
 - В. Я пытаюсь найти компромиссное решение.
11.
 - А. Первым делом я стараюсь ясно определить, в чем состоят все затронутые спорные вопросы.
 - В. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
12.
 - А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.
 - В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он тоже идет навстречу мне.
13.
 - А. Я предлагаю среднюю позицию.
 - В. Я настаиваю, чтобы было сделано по-моему.
14.
 - А. Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.
 - В. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.
15.
 - А. Я стараюсь успокоить другого и, главным образом, сохранить наши отношения.
 - В. Я стараюсь сделать так, чтобы избежать напряженности.
16.
 - А. Я стараюсь не задеть чувств другого.
 - В. Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.
17.
 - А. Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего.
 - В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

18.

А. Если это сделает другого счастливым, дам ему возможность настоять на своем.

В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.

19.

А. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые вопросы и интересы.

В. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.

20.

А. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.

В. Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для обеих сторон.

21.

А. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

В. Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы и их совместному решению.

22.

А. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.

В. Я отстаиваю свои желания.

23.

А. Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.

В. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

24.

А. Если позиция другого кажется мне очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.

В. Я стараюсь убедить другого прийти к компромиссу.

25.

А. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.

В. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

26.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

В. Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.

27.

А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.

В. Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.

28.

А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

В. Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого.

29.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

В. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.

30.

А. Я стараюсь не задеть чувств другого.

В. Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим человеком могли добиться успеха.

Бланк вопросника

Ключ к опроснику

1. Соперничество: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.

2. Сотрудничество: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.

3. Компромисс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.

4. Избегание: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.

5. Приспособление: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21 А, 24А, 25В, 27В, 30А.

Обработка результатов

В ключе каждый ответ А или В дает представление о количественном выражении: соперничества, сотрудничества, компромисса, избегания и приспособления. Если ответ совпадает с указанным в

ключе, ему присваивается значение 1, если не совпадает, то присваивается значение 0. Количество баллов, набранных индивидом по каждой шкале, дает представление о выраженности у него тенденции к проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях. Для обработки результатов удобно использовать маску.

Методика «Самооценка»

Цель исследования. *Исследование уровня самооценки.*

Оборудование: бланк, содержащий две графы: идеал и антиидеал.

Процедура проведения: Инструкция. Вашему вниманию предлагается ряд суждений. По ним возможны пять вариантов ответа. Пожалуйста, выберите из них один по каждому суждению, в нужной графе отметьте его.

Диагностические критерии:

Тест-опросник включает 32 суждения. По ним возможны пять вариантов ответов, каждый из которых кодируется баллами по следующей схеме:

- очень часто – 4 балла;
- часто – 3 балла;
- иногда – 2 балла;
- редко – 1 балл;
- никогда – 0 баллов.

Тест используется как индивидуально, так и в группе.

Обработка и интерпретация результатов:

Подсчитать общее количество баллов по всем суждениям:

- 0-25 баллов – высокий уровень самооценки;
- 26-45 баллов – средний уровень самооценки;
- 46-128 баллов – низкий уровень самооценки.

При высоком уровне самооценки человек оказывается не отягощенным «комплексом неполноценности», правильно реагирует на замечания других и редко сомневается в своих действиях.

При среднем он редко страдает от «комплекса неполноценности» и время от времени старается подладиться под мнения других.

При низком уровне самооценки человек болезненно переносит критику в свой адрес, старается всегда считаться с мнениями других и часто страдает от «комплекса неполноценности»

Бланк протокола к методике «Самооценка»

№ п/п	Суждения	Очень часто (4)	Часто (3)	Иногда (2)	Редко (1)	Никогда (0)
1.	Мне хочется, чтобы мои друзья подбадривали меня					
2.	Постоянно чувствую свою ответственность за работу					
3.	Я беспокоюсь о своем будущем					
4.	Многие меня ненавидят					
5.	Я обладаю меньшей инициативой, чем другие					
6.	Я беспокоюсь за свое психическое состояние					
7.	Я боюсь выглядеть глупцом					
8.	Внешний вид других куда лучше, чем мой					
9.	Я боюсь выступить с речью перед					

	незнакомыми людьми					
10.	Я часто допускаю ошибки					
11.	Как жаль, что я не умею правильно говорить с людьми					
12.	Как жаль, что мне не хватает уверенности в себе					
13.	Мне бы хотелось, чтобы мои действия одобрялись другими чаще					
14.	Я слишком скромн					
15.	Моя жизнь бесполезна					
16.	У многих неправильное мнение обо мне					
17.	Мне не с кем поделиться своими мыслями					
18.	Люди ждут от меня очень многого					
19.	Люди не особенно интересуются моими достижениями					
20.	Я слегка смущаюсь					
21.	Я чувствую, что многие не понимают меня					
22.	Я не чувствую себя в безопасности					
23.	Я часто волнуюсь и напрасно					
24.	Я чувствую себя неловко, когда вхожу в комнату, где уже находятся люди					
25.	Я чувствую себя скованным					
26.	Я чувствую, что люди говорят обо мне за моей спиной					
27.	Я уверен, что люди почти все воспринимают легче, чем я					
28.	Мне кажется, что со мной должна случиться какая-нибудь неприятность					
29.	Меня волнует мысль о том, как относятся ко мне люди					
30.	Как жаль, что я не так общителен					
31.	В спорах я высказываюсь только тогда, когда уверен в своей правоте					
32.	Я думаю о том, чего ждет от меня общественность					

Условия приема и порядок зачисления в программу

В Центр по вопросам проведения реабилитации несовершеннолетних могут обратиться как физические лица (родители, опекуны, педагоги и т.д.), так и организации (ОДН, КДН, детские дома и т.д.).

Несовершеннолетний в сопровождении родителей или лиц, их заменяющих, проходит психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) Центра.

В случае положительного заключения ПМПК Центра о приеме, выдается направление для сбора необходимых справок по месту жительства.

В отдельных случаях ПМПК может рекомендовать пройти детоксикацию в медицинском стационаре до поступления в Центр.

Противопоказания к проведению реабилитации в Центре:

- ✚ наличие явной алкогольной, наркотической или иной интоксикации или осложненного абстинентного синдрома;
- ✚ наличие препсихотических и психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями;
- ✚ декомпенсированные формы психопатий и невротических расстройств с фобиями, тревогой и т.п.
- ✚ наличие выраженного суицидального риска (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей и т. п.);
- ✚ наличие олигофрении или деменции;
- ✚ выраженный антисоциальный характер поведения больного, подтвержденный анамнестическими сведениями;
- ✚ наличие сопутствующих тяжелых заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

Реабилитационная программа «Дом на полпути»

Реабилитация химически зависимых – это долгий и сложный процесс. Он испытывает терпение и тех, кто лечится и тех, кто лечит. Он проходит через ряд специфических кризисов и зачастую включает опыт срыва. Только сочетание воли и решимости реабилитанта вкуче с профессионально организованной средой и последовательной структурой реабилитационных целей и задач может дать основания рассчитывать на преодоление этого недуга, поражающего и душу, и тело и даже выходящего за пределы отдельной личности – формируя особый тип патологических взаимодействий на уровне семейной системы. Задача многократно усложняется, если мы говорим о реабилитации несовершеннолетних, для которых рискованное и аддиктивное поведение являются едва ли не возрастной нормой, личностные ресурсы крайне скудны, а опыт употребления, как правило, еще не привел к серьезному страданию, но связан с эйфорией и чувством принадлежности к привилегированной группе сверстников, которые «не такие, как все», бесстрашные и способные преодолевать любые запреты «системы», в которую включены скучные и тусклые взрослые.

Далее мы постараемся подробно рассмотреть сущность, цели и задачи одного из важнейших этапов реабилитационного процесса – этапа возвращения зависимого в открытый социум, после завершения стационарной реабилитации, этапа, который требует для себя особого пространства, пространства, обеспечивающего взаимодействие реабилитанта с открытым социумом, при поддержке стационара. Здесь и далее мы будем называть его – этап Ресоциализации, а пространство в котором он реализуется - «Дом на полпути». Однако перед тем, углубиться в рассмотрение процесса ресоциализации подростка, давайте еще раз вспомним всю последовательность задач, из которых складывается полный цикл реабилитации.

Последовательность задач полного реабилитационного цикла

15. Первичное консультирование. Проводится в кабинетах первичного приема или заочно по телефону доверия.
16. Дезинтоксикация. Проводится по договоренности в медицинских учреждениях.
17. Мотивационный период. Проводится в низкопороговом мотивационном центре или амбулаторно. В этот период пациента настраивают на полный отказ от употребления изменяющих сознание психоактивных веществ, ориентируют на дальнейшее прохождение реабилитации.
18. Основной период реабилитации. Проводится в реабилитационном центре, организованном на принципах терапевтического сообщества. Стационарный этап длительностью не менее 6 месяцев, но и не более 1,5 лет Работа с родственниками. Чаще всего проблема наркотизации человека - это не только его личная проблема, но и проблема всей его семьи. При поступлении сына (дочери) на реабилитацию семье помогают с помощью специалистов выйти из состояния со-зависимости, решить те семейные проблемы, которые провоцируют одного из членов семейства на наркотизацию. В отдельных случаях, когда становится очевидным, что проблемы, толкающие человека к наркотикам, самой семьей преодолены быть не могут, ему может быть рекомендовано по окончании реабилитации жить отдельно от семьи, иногда на значительном расстоянии.
19. Ресоциализация. Проводится в специализированном пространстве (дом на полпути), допускает поочередное пребывание реабилитанта, как в реабилитационных условиях, так и в открытом социуме. Рекомендованная длительность этого этапа – до 6 месяцев.
20. Постреабилитационное сопровождение. Реабилитант имеет возможность в любой момент обратиться за психологической поддержкой к сотрудникам Центра. Параллельно, социальные педагоги поддерживают контакт с близкими, ориентируя их в вопросах




постреабилитационного сопровождения воспитанника, содействуя в решении социальных проблем.

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ

Стационарная реабилитация – это цикл, сформированный определенной последовательностью целей и задач, которые реабилитанту предстоит решать, опираясь на квалифицированную поддержку специалистов. Работа в стационаре предполагает прохождение нескольких неизбежных «узловых моментов», своего рода кризисов, успешное преодоление которых увеличивает шансы участников программы на ее успешное завершение и длительную ремиссию. К таким кризисам можно отнести, например, кризис адаптации, когда новичку стационара предстоит решить нелегкую задачу освоения в новом незнакомом пространстве, которое организовано странными и неочевидными правилами и принципами. К подобным кризисам относится и кризис завершения стационарного цикла – **кризис ресоциализации**, когда реабилитанту, уже привыкшему к терапевтической (искусственной!) системе отношений, приходится покинуть реабилитационный центр и возвращаться домой, где никто (в лучшем случае, родители, участвовавшие в амбулаторных группах), не имеет понятия об изменении личности и новых ценностях реабилитанта.

И даже более того – никто в них не заинтересован, так как прежняя среда (друзья, знакомые, однокашники) будут стремиться втянуть выпускника реабилитационной программы в устоявшуюся схему уличных взаимодействий, подчас агрессивно и бесцеремонно проверяя на прочность его границы, высмеивая новое мировоззрение и обесценивая полученный опыт. В подобной ситуации одни замыкаются, подвергая себя жестокой самоизоляции, боясь, подчас, даже выходить из дома. Другие – поддаются натиску агрессивной среды и возвращаются к употреблению. Третьи стремятся вернуться в стационар и, подчас непродуктивно, продлить свое пребывание «в четырех стенах», вновь и вновь репетируя возвращение к нормальной жизни, но, в реальности, избегая его. Посему очевидно, что успешное прохождение ресоциализации является основанием устойчивой и длительной ремиссии, а не прохождение ведет к тяжелым рецидивам, которые, как правило, ввергают реабилитанта в разрушительные переживания беспомощности и апатии, внушая ложное представление, что вся проделанная в стационаре работа была напрасной.

Методологически программа ориентирована на работу по трем основным направлениям:

-  **социальная адаптация и патронаж.** Включает в себя помощь воспитаннику в получении профессиональной подготовки, в поступлении в учебное заведение профессионального образования; в установлении контакта со службой занятости и непосредственно с предприятиями для помощи в трудоустройстве. Важным элементом является привлечение воспитанника в культурно-досуговые, спортивные мероприятия и волонтерство в общественных организациях. Социальный работник составляет индивидуальный план для каждого воспитанника и помогает ему решить проблемы с документами, работой, восстановить отношения с родственниками. Для получения средств к существованию и до постоянного трудоустройства возможен подбор временной (разовой) работы;
-  **психологическая поддержка.** Включает в себя организацию помощи на основе индивидуального подхода по коррекции личностных проблем и внутрисемейных отношений, особенно в семьях риска, организацию обучения воспитанников методам психической саморегуляции, организацию психологической помощи семье в целом. Кроме этого, данный вид помощи заключается в организации включения воспитанника в поддерживающие системы помощи в амбулаторных условиях, а именно, посещение групп поддержки и профилактики срыва и пр.;
-  **работа с семьей и ближайшим окружением воспитанников.** В программу в

обязательном порядке должны быть вовлечены родственники воспитанников (если таковые имеются), так как для успешной адаптации воспитанников очень важно, чтобы его родные понимали суть проблемы и могли оказать необходимую помощь. Психологическая и социальная поддержка для родственников включает в себя индивидуальные и групповые психотерапевтические занятия, встречи с руководителем программы ресоциализации.

Общая координация всех перечисленных работ по программе ДПП осуществляется директором и замом по РР. Помощь консультантов, психолога и организатора культмассовой работы доступна для любого воспитанника и помогает преодолеть трудности на пути к трезвой жизни.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ДПП

Реабилитационная активность воспитанников в Доме на Полпути подразумевает специальные формы работы с реабилитантами, ведущиеся непосредственно на вне стационарном этапе, ДПП:

Индивидуальная психологическая работа. Любой воспитанник центра, переходящий на этап ДПП получает регулярную психологическую поддержку у психолога в формате часовой индивидуальной сессии периодичностью 1 раз в неделю. Желательно, чтобы психологическое сопровождение воспитанника на этапе ДПП осуществлялось специалистом, сопровождавшим воспитанника и в течение стационарной реабилитации. Если это невозможно в обязанности ведущего психолога входит подготовка воспитанника к завершению отношений на этапе «Выпускник» и 1 консультативная сессия с психологом, который будет продолжать работу с реабилитантом.

Групповая психологическая работа. Все воспитанники, перешедшие на этап ДПП участвуют в групповой психологической работе:

- ✚ **группа «Итоги недели».** В конце каждой недели психолог совместно с воспитателем проводят группу подведения итогов за неделю. Рассматриваются трудности и конфликты воспитанников, как на территории ДПП, так и в открытом социуме. Обсуждаются оптимальные стратегии разрешения, даются обратные связи;
- ✚ **социально-психологический тренинг.** Социально-психологические тренинги в малых группах с реабилитантами, находящимися на этапе ДПП проводятся в режиме «по запросу», причем инициатором запроса должны быть сами воспитанники, а сбор пожеланий и договоренность с психологом осуществляет воспитанник, исполняющий функционал «Хозяин Дома». В некоторых случаях, психолог может сам инициировать работу в малой группе, исходя из видения групповой динамики. Однако это не должно происходить регулярно, чтобы воспитанники имели возможность отработать навык осознания и конструктивного предъявления собственных потребностей, несли больше ответственности за свой реабилитационный процесс;
- ✚ **реабилитационная активность воспитанников в стационаре.** Все воспитанники, находящиеся на этапе ДПП, обязаны активно содействовать процессу реабилитации пациентов, находящихся в стационаре. Для этого в распорядок каждого воспитанника, психологом вносятся задания, требующие временного присутствия в стационаре и выполнения определенных реабилитационных задач. Примерами таких задач могут служить:
 - ❖ **работа в роли «идеального участника» на дневном или вечернем круге.** В рамках данного задания, воспитанник активно участвует в разборе ситуаций на дневном круге, дает корректные обратные связи участникам реабилитационного процесса;
 - ❖ **работа в роли «идеального участника» на малой психологической группе.** По договоренности с группой и воспитанником, находящимся на этапе ДПП, ведущий малых психологических групп может привлечь

последнего к участию в психологической работе на группе, по заранее оговоренному сценарию;

- ❖ **реабилитационная активность воспитанников в открытом социуме.** Предполагает активное освоение воспитанниками центра социального пространства и разрешение трудностей, возникающих в этой связи;
- ❖ **индивидуальные задания.** Основной формой работы в данном направлении являются индивидуальные задания, формулируемые психологом, курирующим воспитанника и хорошо понимающим актуальные для него задачи. Типичным примером таких заданий могут быть: освоение навыка асертивного поведения, анализ нового окружения и формирование желаемой социальной роли, анализ факторов риска возвращения к употреблению в связи с обстоятельствами дистресса или фрустрацией. Поиск психологических ресурсов и т.п.;
- ❖ **волонтерская деятельность.** Все воспитанники, находящиеся на этапе ДПП, могут участвовать в различных мероприятиях социальной, культурной или развивающей направленности в качестве волонтеров. Данная деятельность должна быть заранее согласована с администрацией центра и ведущим психологом воспитанника;

Письменная работа.

- ✚ **Рефлексивный дневник.** Все воспитанники, находящиеся на этапе ДПП ведут рефлексивный дневник, который должен включать по крайней мере 3 раздела. 1. Ежедневный самоанализ в соответствии с моделью: ощущение-чувство-мысль. 2. Планирование и анализ достижений 3. Анализ рисков и личностных ресурсов. Заполнение рефлексивного дневника является ответственностью реабилитанта. Однако любой сотрудник ДПП может проверить регулярность его заполнения;

✚ **Семейная терапия:**

- **Родительская семья.** Предполагает интенсивную терапевтическую работу с семейной системой воспитанника. Психологические сессии со значимыми близкими. Самостоятельная работа родителей с ведущим психологом их ребенка.
- **Формирование пар.** У многих реабилитантов по завершении стационарного цикла появятся романтические отношения в открытом социуме. Очень часто выздоравливающие подростки не знают, как правильно сообщить своим партнерам об особом периоде, который они проживают, что является одним из ключевых рисков возникновения срыва. В этом случае, психолог может провести консультативную сессию с воспитанником и его партнером, содействуя в формировании отношений, ориентированных на поддержку реабилитации.

УСТАВ ДПП

25. Пространство Чистоты. Территория ДПП – является частью реабилитационного пространства и поддерживает все основные принципы стационарной реабилитации.

Это обеспечивается принципами:

- ✚ **Подчинение правилам** (проживание реабилитанта в ДПП, равно как и в стационаре подчиняется системе социального контроля. Некоторые пункты правил могут не совпадать со стационарными. Однако любое несовпадение или изменение правил является заранее предусмотренным и описанным в Уставе ДПП, а не происходящим спонтанно, по воле воспитанника);

- ✦ **Соблюдение распорядка** (Режим является одной из основ реабилитационного процесса. Внутренний распорядок ДПП отличается от режима стационара, но его соблюдение также обязательно для всех реабилитантов, проживающих в Доме);
- ✦ **Отказ от агрессии** (Полностью совпадает со стационарным запретом на проявление вербальной и физической агрессии в сторону других участников реабилитационного процесса);
- ✦ **Сексуальное воздержание** (Подразумевает полный запрет на сексуальные связи между воспитанниками, проживающими в ДПП, равно как и встречи с партнерами, не связанными с реабилитационной средой в пространстве Дома);
- ✦ **Принцип «чистых рук»** (Подразумевает полный отказ от употребления ПАВ, ЛОВ и любых алкогольных напитков, также хранение и передачу предметов и символики, связанной с употреблением другим участникам реабилитационного процесса).

Курение сигарет - если реабилитант принимает решение не отказываться от курения сигарет (касается исключительно лиц, достигших совершеннолетия), он, тем не менее, обязуется воздержаться от курения на территории ДПП, также, в его ответственность входит забота об исключении провокаций других участников реабилитационной программы (нейтрализация запаха, запрет на ношение и передачу друг другу сигарет в реабилитационном пространстве)

- ✦ **Принцип подчинения персоналу Центра** (Подразумевает выполнение реабилитационных предписаний администрации, воспитателей и других педагогических сотрудников, работающих в ДПП либо в стационаре);
- ✦ **Принцип активной помощи** (Подразумевает добровольное стремление реабилитанта содействовать организации реабилитационного климата на территории ДПП, равно как и в рамках специальных задач в стационаре. Помощь сотрудникам Центра и, по необходимости, воспитанникам).

СТРУКТУРА ДПП

ДПП – является вне стационарным этапом единой реабилитационной программы. Основная задача данного этапа обеспечить наиболее плавный и безопасный переход воспитанника реабилитационного центра в открытый социум. Постепенность и последовательность этого перехода отражена в специальной структуре данного этапа.

Временные этапы

Этап ДПП рассчитан на шестимесячное пребывание воспитанника на территории Дома (возможность продления этапа при форс-мажорных обстоятельствах оговаривается отдельно и по необходимости)

Данный этап включает три временных подэтапа:

- 1. От поступления в ДПП до 1,5 месяцев**
- 2. От 1,5 до 3 месяцев**
- 3. От 3 месяцев до 6 месяцев**

1. Этап – посвящен освоению реабилитанта в новых условиях, адаптации к жизни внутри и вовне реабилитационного пространства одновременно, формированию учебной или трудовой занятости, согласованию индивидуальных и общих режимных моментов. На данном этапе жители Дома имеют минимум потенциальных привилегий этапа и максимум внешнего контроля, что является необходимым условием реадaptации к новой жизненной ситуации.
2. Этап – посвящен включению в разнообразные формы активности, которые подразделяются на внешние и внутренние. *Внешние* – занятость вне центра, *внутренние* – занятость в ДПП и задания для стационара. Проводится анализ эффективности освоения воспитанником новых социальных ролей и способность

продуктивно делиться собственным реабилитационным опытом с вновь поступившими участниками программы (что характеризует глубину и подлинность изменений и является важным критерием устойчивой ремиссии).

3. Этап – Посвящен собственно ресоциализации. Акцент смещается в сторону внешней по отношению к Центру деятельности подростка, его учебным и трудовым успехам и неудачам, формированию нового социального окружения, реинтеграции в семейную систему. На данном этапе воспитанник получает максимум привилегий этапа, а внешний контроль со стороны персонала снижается.

5.Реализация привилегий этапа

К привилегиям этапа относятся:

- возможность самостоятельно покидать и возвращаться на территорию ДПП;
- возможность пользования мобильной связью и интернетом;
- возможность формировать пары и работать над отношениями с не употребляющими партнерами;
- возможность иметь собственные денежные средства

Таблица 1 (несовершеннолетние)

Несовершеннолетние	Выходы за территорию	Выезды за территорию	Мобильная связь	Интернет	Деньги	Формирование пар
1 Вне стационарный период (от поступления в ДПП до 1,5 месяцев)	Деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – в сопровождении сотрудника или совершеннолетнего участника программы (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по территории ДПП	Деловые (учеба, секция или подработка) – в сопровождении родителей или сотрудника (по заявлению) прогулки – нет отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.	Звонки под контролем сотрудника (стационарный телефон)	В свободное время по разрешению воспитателя (не более 60 минут) *полный запрет на пользование соц.сетями	Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у всех сумма на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.	Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформированных парах только на психологических сессиях
2 Вне	деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – в сопровождении	деловые (учеба, секция или подработка) – в сопровождении	Самостоятельные звонки по договоренности с сотрудником ДПП	В свободное время по разрешению воспитателя	Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у	Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформиров

<p>стационарный период (от 1,5 до 3 месяцев)</p>	<p>нии сотрудника или совершеннолетнего участника программы (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по территории ДПП; группой от 3-х человек в сопровождении сотрудника за пределами Центра</p>	<p>родителей или сотрудника (по заявлению) прогулки – 2р./мес в сопровождении родителей или сотрудника (по заявлению) отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.</p>	<p>(стационарный телефон)</p>	<p>ля (не более 2 часов) *есть возможность использования соц.сетей</p>	<p>всех суммы на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.</p>	<p>анных парах только на психологических сессиях</p>
<p>3 Вне стационарный этап (от 3 до 6 месяцев)</p>	<p>деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – в сопровождении сотрудника или совершеннолетнего участника программы (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по территории ДПП; в сопровождении</p>	<p>деловые (учеба, секция или подработка) – в сопровождении родителей или сотрудника (по заявлению) прогулки – в свободное время вне ущерба реабилитационному процессу, в сопровождении родителей или сотрудника</p>	<p>Самостоятельные звонки по договоренности с сотрудником (стационарный телефон)</p>	<p>В свободное время по договоренности с воспитателем *есть возможность использования соц.сетей</p>	<p>Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у всех суммы на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.</p>	<p>Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформированных парах только на психологических сессиях</p>

	сотрудника за пределами Центра	(по заявлению) отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.				
--	--------------------------------	---	--	--	--	--

Таблица 2 (совершеннолетние)

Совершеннолетние	Выходы за территорию	Выезды за территорию	Мобильная связь	Интернет	Деньги	Формирование пар
1 Вне стационарный период (от поступления в ДПП до 1,5 месяцев)	деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – свободно (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по территории и ДПП	деловые (учеба, секция или подработка) –свободно (по заявлению) прогулки – нет отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.	Звонки под контролем сотрудника (стационарный телефон)	В свободное время по разрешению воспитателя (не более 60 минут) *полный запрет на пользование соц.сетям и	Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у всех сумма на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.	Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформированных парах только на психологических сессиях
2 Вне стационарный этап (от 1,5 до 3 месяцев)	деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – свободно (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по территории и ДПП; группой	деловые (учеба, секция или подработка) –свободно (по заявлению) прогулки – 2р./мес (по выходным) отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.	Самостоятельные звонки по договоренности с сотрудником ДПП (стационарный телефон)	В свободное время по разрешению воспитателя (не более 2 часов) *есть возможность использования соц.сетей	Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у всех сумма на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.	Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформированных парах только на психологических сессиях

	от 3-х человек в сопровождении сотрудника за пределами Центра					
3 Вне стационарный этап (от 3 до 6 месяцев)	деловые (магазин, фото на документы, врач и пр.) – свободно (по договоренности с сотрудником ДПП) прогулки – свободно по договоренности с сотрудником ДПП	деловые (учеба, секция или подработка) –свободно (по заявлению) прогулки – в свободное время вне ущерба реабилитационному процессу (по заявлению) отъезды домой – каждые две недели, после род. собр.	Самостоятельные звонки по договоренности с сотрудником ДПП (стационарный телефон)	В свободное время по договоренности с воспитателем *есть возможность использования соц.сетей	Использование дебетовой карты. Фиксированная, единая у всех сумма на расходы. Отчетность в виде чеков и билетов.	Воздержаться от новых знакомств, встречи в уже сформированных парах только на психологических сессиях

Дополнения

Особый статус курения

Курение – с точки зрения реабилитационного процесса является химической зависимостью от стимуляторного эффекта никотина и не может рассматриваться, как привилегия для человека, старающегося прекратить разрушительную саморегуляцию с помощью химических веществ. Тем не менее, на данный момент, табачные изделия находятся в свободном доступе и могут быть беспрепятственно приобретены любым гражданином РФ, достигшим 18-летнего возраста. В связи с данным обстоятельством ТС предоставляет совершеннолетним реабилитантам, достигшим этапа ДПП, самостоятельно выбирать – возобновлять или не возобновлять свою зависимость от никотина.

В тоже время, реабилитационное пространство в соответствии с принципом «чистых рук», не может быть местом, где сигареты находятся в свободном доступе: курение на территории Центра строго запрещено. Также, курящий реабилитант обязан исключить любые провокации в отношении сообщества, нейтрализуя сигаретный запах при возвращении на территорию Центра, не демонстрируя и не обсуждая своё курение с другими участниками сообщества.

Для воспитанников, не достигших совершеннолетия, ТС поддерживает принцип полного запрета курения в соответствии с законодательством РФ.

Последовательность реализации привилегий этапа ДПП

Один из основных принципов реабилитационного процесса – последовательность. Данный принцип касается и формирования реабилитационных навыков и повышения уровня автономии воспитанника в соответствии с его ростом и в реабилитационном процессе. Ниже будет рассмотрена последовательность реализации привилегий, в соответствии с 3-х частной структурой этапа и статусом не/совершеннолетия воспитанника.

Мобильная связь

Использование собственного телефона на территории ДПП не предусмотрено. Техника хранится у воспитателя и выдается исключительно в поездки. Воспитатель не занимается обслуживанием техники, поэтому, например, о зарядке телефона лучше позаботиться в поездке. Список допустимых контактов согласуется с ведущим специалистом и разглашается всем сотрудникам ДПП.

ОТЧИСЛЕНИЕ С ЭТАПА ДПП

Ходатайство об отчислении или немедленное отчисление воспитанника с этапа ДПП производится в следствие нарушения основных правил Центра. Воспитанник, отчисленный с этапа ДПП имеет право повторного обращения за помощью в Центр.

В этом случае, воспитанник заблаговременно (срок не менее 2 недель) сообщает о своем намерении и проводит письменный самоанализ срыва, последующих действий и мотива возвращения, который представляет на Совете, в ходе которого сообщество принимает решение о повторном включении или не включении воспитанника в реабилитационную программу.

В случае положительного решения Совета. Воспитанник начинает прохождение программы с этапа «Новичок» и ношения робы.

ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ

Что является главной целью пребывания выпускника реабилитационного центра в доме на полпути? Безболезненное, (впрочем, это лишь фигура речи – трудностей не избежать) возвращение в социум. Ради достижения этой цели сотрудники центра и дома на полпути - помогают выздоравливающему подростку решить ряд задач: проверить состояние здоровья, выправить документы, устроиться на работу, поступить в ВУЗ или вернуться в свое ОУ, восстановить отношения с родителями и близкими людьми, завести новых друзей, снять жилье. Даже из этого неполного перечня задач, стоящих перед возвращающимся в социум человеком, нетрудно понять, какое значение для перспективы ремиссии имеет этот период.

Тонкость и сложность процесса здесь также связана с тем, что для подростка Ресоциализация будет являться также и первичной социализацией. Кто-то из реабилитантов впервые начнет работать, кто-то поступит в колледж или Вуз, кто-то впервые посетит секции и другие формальные социальные образования. Сложность связана с отсутствием у подростка предшествующего социального опыта и, как следствие, неспособность трезво оценить свои потребности и возможности в социальном поле.

Одной из важнейших задач воспитателей, психологов и социальных-педагогов на этой стадии будет помощь в формировании трезвой самооценки социального потенциала, работа с завышенными и заниженными ожиданиями, профориентация, формирование системы социальных ресурсов.

Важно помнить, что оптимальным итогом реабилитации на этапе ДПП является не рост, а снижение зависимости воспитанника от реабилитационного пространства и формирование твердой почвы в открытом социуме. В этом контексте, усилия сотрудников по внешнему контролю поведения воспитанника должны быть уравновешены стимулированием проявления инициативы и ответственности за свою жизнь.

**ДНЕВНИК УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ
ФИЛОСОФИЯ ЦЕНТРА**

*Я здесь, потому что хочу найти
свою дорогу, свое будущее,
поэтому я должен научиться понимать
себя и своих ближних.*

*При поддержке товарищей и наставников
я смогу освободиться от ложной свободы
и приобрести истинную.*

*Для этого мне необходимо
собрать все свои силы,
чтобы преодолеть препятствия
на моем пути.*

2. Индивидуальная стратегия реабилитации

Краткое, в паре предложений, описание смысла целей и задач раздела,

пояснение основных понятий, если необходимо

Задачи:

1. Достижения в сфере гармонизации условий проживания в пространстве ДПП
2. Достижения в сфере помощи в стационаре
3. Достижения в сфере обучения
4. Достижения в сфере трудоустройства
5. Достижения в сфере формирования безопасного окружения
6. Достижения в сфере укрепления/умножения ресурсов ремиссии
7. Индивидуально значимые задачи

Задачи:

2. Достижения в сфере помощи в стационаре

Структура достижения:

1. **Мотив** (зачем Мне это нужно);

2. **Шаги** (что для этого необходимо сделать, разбиение задачи на последовательность определённых шагов);

3. **Анализ** промежуточных результатов по каждому шагу;

4. **Самокоррекция** (добавление новых шагов, необходимых

Задачи:

4. Достижения в сфере трудоустройства

Структура достижения:

1. **Мотив** (зачем Мне это нужно);

2. **Шаги** (что для этого необходимо сделать, разбиение задачи на последовательность определённых шагов);

3. **Анализ** промежуточных результатов по каждому шагу;

4. **Самокоррекция** (добавление новых шагов, необходимых

Задачи:

6. Достижения в сфере укрепления/умножения ресурсов ремиссии

Структура достижения:

1. **Мотив** (зачем Мне это нужно);

2. **Шаги** (что для этого необходимо сделать, разбиение задачи на последовательность определённых шагов);

3. **Анализ** промежуточных результатов по каждому шагу;

4. **Самокоррекция** (добавление новых шагов, необходимых)

3. Стратегия работы в семейной системе

Краткое, в паре предложений, описание смысла целей и задач раздела,

пояснение основных понятий, если необходимо

Задачи:

1. Достижения в сфере укрепления рефлексии собственных реакций на поведение ребенка
2. Достижения в сфере взаимопонимания
3. Достижения в сфере бесконфликтного общения
4. Достижения в сфере искреннего (неманипулятивного) общения
5. Достижения в области постановки задач на семейную терапию
6. Индивидуально значимые задачи

Задачи:

1. Достижения в сфере укрепления рефлексии собственных реакций на поведение ребенка

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

Задачи:

2. Достижения в сфере взаимопонимания

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

Задачи:

3. Достижения в сфере бесконфликтного общения

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

Задачи:

4. Достижения в сфере искреннего (неманипулятивного) общения

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

Задачи:

5. Достижения в области постановки задач на семейную терапию

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги
необходимо
предпринять для
решения поставленных
задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы
родитель готов
задействовать для
достижения
поставленных задач
(семейный совет,
примирение со
значимыми для
ребенка
родственниками,
прохождение

Задачи:

6.1. Индивидуально значимые задачи

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

Задачи:

6.2. Индивидуально значимые задачи

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги
необходимо
предпринять для
решения поставленных
задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов
задействовать для
достижения
поставленных задач
(семейный совет,
примирение со
значимыми для
ребенка
родственниками,
прохождение

Задачи:

6.3. Индивидуально значимые задачи

Структура достижения:

1. Какие реальные шаги необходимо предпринять для решения поставленных задач

- родителю
- воспитаннику

2. Какие доп. ресурсы

родитель готов задействовать для достижения поставленных задач (семейный совет, примирение со значимыми для ребенка родственниками, прохождение

4. Методические указания по заполнению

Данная письменная методика оформляется следующим образом:

1. Название раздела (краткое в паре предложений описание смысла, целей и задач раздела, пояснение основных понятий, если это требуется)
2. Лист задач (на листе обозначается задача и воспитанник в свободной форме, но с опорой на раздел «Структура достижения», описывает свои действия и результаты.

ПРИМЕР:

Достижения в сфере гармонизации условий проживания в пространстве ДПП

ПЛАНИРУЮ:

1. Найти удобный момент для прояснения отношений с
2. Договориться с ведущим психологом о сессии прояснения отношений с ...
3. Провести прояснения и закрепить результаты в письменной форме
4. Повесить памятку в комнате, оформив её ненавязчиво и в согласии с соседом по комнате

Также оформляется раздел «Стратегия работы в семейной системе».

Личные заметки

Структура достижения:

1. Мотив (зачем Мне это нужно):

2. Шаги (что для этого необходимо сделать, разбиение задачи на последовательность определённых шагов):

3. Анализ промежуточных результатов по каждому шагу:

4. Самокоррекция (добавление новых шагов, обозначение необходимых необходимых)

Основные виды терапевтических сообществ (ТС) химически зависимых и принципы их деятельности

Терапевтические сообщества химически зависимых – это такие сообщества, в которых реабилитационный процесс в значительной степени осуществляется за счет терапии средой.

На современном этапе развития психиатрии и наркологии в понятие терапевтической среды вкладывается различное содержание. Это выражается и в различии терминологии: «терапия средой», «лечебная среда», «терапевтическая среда», «терапевтическое сообщество».

Терапия средой представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает больного в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором стационарного содержания, лечения и реабилитации.

В «Психиатрическом глоссарии», издаваемом в США, дается следующее определение терапевтического сообщества: «Термин британского происхождения, в настоящее время широко применимый для обеспечения специально структурированной лечебной среды, поощряющий деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов в целях поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации».

Терапевтическая среда в широком смысле – это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на пациента: географическое расположение стационара, его архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях или в комнатах, режим «открытых дверей», совместные развлечения, различные виды занятости и прочее. В ином смысле – это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми - персоналом, другими больными, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапевтического сообщества.

О терапии средой следует говорить тогда, когда проводится целенаправленная работа по созданию терапевтической среды - «направляемый в лечебно-восстановительных целях характер взаимоотношений» (М.М. Кабанов).

Терапевтические Сообщества – это уникальная форма лечения, разработанная с целью не только лечения наркомании, токсикомании и алкоголизма но и понимания и преодоления самих причин, приводящих к химической зависимости.

В 1958 г. в Санта Моника в Калифорнии образовалось первое терапевтическое сообщество для зависимых людей. Хотя на сегодняшний день система «Синанон» уже не существует, она является источником вдохновения для теории и практики лечения зависимости. Многие знаменитые психологи, психиатры, социологи и криминалисты (J. L. Moreno, C. Rogers, A. Maslow, L. Jablonski, D. Casriel, A. Bassin, D. Deitch, D. Leon и другие) внесли свой вклад в развитие философии, концепции, техники и методов функционирования терапевтических сообществ (3). В 1963 г. в Соединённых Штатах образовались два терапевтических сообщества: Dayton Village и Phoenix Hause, которые положили начало многим системам терапии зависимости в мире.

В Европе первые профессиональные терапевтические сообщества на примере американского Dayton образовались в Великобритании в 1970г.

В 1972 г. возникло сообщество Emiliehoeve в Голландии, а в 1978г. - первое терапевтическое общество МОНАР в Глоскове в Польше.

До настоящего времени практика использования терапевтических сообществ в лечении зависимости указывает на огромный потенциал, находящийся в структуре и атмосфере этих обществ, который способствует выздоровлению людей, зависимых от алкоголя и наркотиков.

Основные цели терапевтических сообществ вытекают из довольно простой предпосылки, что группа, находящаяся какое-то время вместе, является своего рода моделью общественной действительности, дающей всем её членам одинаковые возможности модернизации, нормализации и изменения деструктивного поведения, решения индивидуальных и групповых проблем. Не требует специального обоснования тот факт, что только конкретные, реальные жизненные ситуации, в которых человек участвует и которые переживает, могут предоставить ему значительный опыт и обучение.

Терапевтическое сообщество - это своего рода общественный микрокосмос - „маленькое сообщество“, в котором существует разделение ролей и заданий, должности и ступени карьеры, права, обязанности, привилегии, органы исполнительной, законодательной власти и юстиции. И хотя такое описание терапевтического общества далеко от медицинской модели лечения, несомненно ею является.

Терапевтическое общество создаёт неповторимую возможность соединения разнообразных социальных явлений, в которых каждый член общества имеет возможность свободного выражения и взаимного обмена чувств, наблюдений, мыслей, гарантирует обучение жизни в обществе, то есть даёт пациенту такой опыт, благодаря которому он может усвоить новые способы поведения, необходимые в будущих действительных жизненных ситуациях. Наиболее известные ТС (Daytop, Synanon, Monar), использующие разные терапевтические модели, основаны на принципе добровольного соблюдения участниками программы строгого режима и безусловного принятия всех правил распорядка и норм поведения, принятых в терапевтическом сообществе. ТС - модель социального обучения позитивному (здоровому) образу жизни. Обычно, на первых этапах новые члены ТС заняты только самообслуживанием, самоподготовкой и участием в групповых занятиях, индивидуальных консультациях, предусмотренных в программе. В последующем члены ТС участвуют в органах самоуправления и посильной трудовой, учебной деятельности, приобретают новые профессии, которые позволяют после окончания лечения и социально-психологической реабилитации успешно и полноправно адаптироваться в обществе. Длительность пребывания в ТС варьирует от нескольких месяцев до 1,5-2 лет.

Финансирование ТС в разных странах имеет свою специфику: из бюджета здравоохранения - Монар» (Польша), «Феникс-Хауз» (США, Норвегия); из муниципальных источников и общественных фондов - «Киско» (Финляндия); самофинансирование - «Дейтоп» (США, Германия), «Синанон» (США, Германия), «Альмедро» (Германия).

В начале развития ТС, программы вели сами выздоравливающие пациенты. В наши дни большинство ТС имеют персонал, состоящий из профессиональных наркологов, психологов, консультантов. Основной «терапевт» - это сама община, в которую входят профессионалы, сотрудники и сами зависимые.

ТС химически зависимых можно разделить на основные типы:

- ✚ профессиональные ТС - имеют в своем штате психиатров, психологов, психотерапевтов и социальных работников;
- ✚ полупрофессиональные ТС - сочетают жизненный опыт зависимых с длительной ремиссией и консультантов-профессионалов;
- ✚ религиозные ТС - возглавляются и управляются бывшими наркоманами и церковными деятелями (обычно в них принимают лишь лица, принадлежащие к определённой конфессии);
- ✚ традиционные непрофессиональные ТС - обычно организуются лицами, имеющими проблемы с ПАВ, арсенал их лечебных методов эклектичен, обнаруживается несоответствие концепций, целей и способов достижения результатов.

В каждой правильно функционирующей терапевтической группе обязательны 5 основных правил:

Принцип демократии - каждый член общества имеет равные права и обязанности в управлении и принятии решений о делах этой группы. Осуществление этого принципа увеличивает уважение пациента к самому себе, заинтересованность, самостоятельность и самоконтроль.

Принцип консенсуса - то есть принятие решений на основе совместного общего согласия, что данное начинание является правильным либо обязательным. Этот принцип гарантирует то, что ни одно из решений не может быть последним или обязывающим до тех пор, пока не поддержат его все заинтересованные. В разных типах ТС этот принцип принят в разной степени.

Принцип пермисивности требует прежде всего определённой терапевтической основы, а именно: понимание и одобрение пациента, терпимость по отношению к его нарушенной психике и неадекватному поведению, стремление к восприятию принятых им форм деятельности и т.п. Последствием принципа являются избежание разного рода ограничений, особенно насилия и наказаний по отношению к пациентам, ликвидация бюрократических и административных преград, демократизация законов, управляющих жизнью общества. Реализация этого принципа обеспечивает максимальную естественность и искренность жизни в группе.

Принцип участия требует, чтобы все дела членов группы стали делами общими; обозначает взаимопонимание, помощь и заботу о другом человеке. Активное участие во всём, что происходит в обществе, имеет неопровержимое лечебное достоинство.

Принцип реализма - это получение членами группы непосредственного социального опыта, который идет в разрез с прежним опытом, полученным до жизни в ТС.

Обычно в терапевтическом обществе также обязательны правила:

- + абсолютного воздержания от каких-либо психоактивных и фармакологических средств (за исключением тех, которые прописал врач) - поэтому лечение в терапевтическом обществе называют „немедицинским“;
- + неприменения насилия по отношению к другим людям;
- + откровенности.

Запрещены сексуальные отношения, кроме устойчивых семейных пар, поступивших на лечение в реабилитационный центр одновременно.

Программы терапевтических сообществ реализуют силами самих пациентов в условиях изоляции пациентов от общества на срок 12-24 месяца (полное самообслуживание, чёткая регламентация распорядка дня, активное участие в терапевтических группах и органах самоуправления реабилитационного центра) и силами профессионалов - психологов, врачей, социальных работников, а также бывших пациентов, имеющих длительные ремиссии и опыт помощи наркозависимым в ТС и группах само- и взаимопомощи.

Пациенты добровольно соглашаются на изоляцию в стенах реабилитационного центра, на участие в интенсивной терапевтической программе и на неукоснительное выполнение всех внутренних правил и распорядка ТС.

Детоксикация обычно не входит в программу ТС. Большинство участников проходят детоксикацию до того, как их допускают в общину или же ТС посылает их на детоксикацию в начале реабилитации.

Самообслуживание и самообеспечение, как правило, включает следующие виды работ:

- + приготовление пищи и мытьё посуды;
- + уборка в комнатах и по всей территории реабилитационного центра;
- + стирка;
- + озеленение;
- + строительство и ремонт подсобных помещений и инвентаря;
- + совместно со штатными сотрудниками - практическое управление и планирование всей хозяйственной деятельности и досуга.

Поскольку большинство зависимых не выработали у себя навыков к обычному образу жизни и следованию общепринятым ценностям, то им часто оказывается необходимым учиться жить, а не реабилитировать свою жизнь заново. Цель реабилитации в том, чтобы изменить деструктивные навыки поведения, негативный образ мышления и переживания чувств, которые и явились предпосылкой для употребления ПАВ, на конструктивные жизненные навыки и ценности. Люди, живущие в ТС должны освоить навыки и приобрести ценности, которые способствуют ответственному поведению человека, живущего свободной от наркотиков жизнью: честность, ответственность, соблюдение социальных норм поведения, участие в деятельности общины и т.д.

Для того, чтобы помочь участникам программы понять, что определенное поведение имеет соответствующие последствия, они должны жить в соответствии с правилами сообщества. В случае нарушений этих правил член ТС лишается конкретных привилегий. Терапевтическое Сообщество предлагает поддерживающую, но требовательную суррогатную семью в строго структурированном окружении.

Отметим, что в психотерапевтических группах, которые могут иметь разную направленность и использовать разнообразные техники психотерапии, обсуждаются лишь групповые и личные проблемы и не учитываются достижения и неудачи в организационной и трудовой деятельности.

Иерархия ответственности и полномочия члена ТС повышается по мере успешности его деятельности и поэтапного (фазного) прохождения курса реабилитационной программы. Каждый член ТС постепенно проходит путь от новичка до ответственного руководителя отдельной части программы или руководителя Совета терапевтического сообщества. По сути, участник реабилитационной программы постепенно и последовательно адаптируется в условиях изолированного ТС, которое моделирует ролевую структуру и основные проблемы реального общества, в котором больному, находящемуся в ремиссии, предстоит жить и дальнейшем.

Чтобы подготовить своих пациентов к возвращению в нормальную жизнь общества, ТС могут обеспечивать интенсивные программы профессионального обучения, специальные летние лагеря и помогают после обучения найти работу своим подопечным. Эти программы в основном рассчитаны на подростков и молодежь; они также могут обеспечивать возможность продолжать обучение во время лечения, в том числе даже обучение различным видам искусств и организовать занятия спортом.

Терапевтические Сообщества требуют активное участие семей в процессе реабилитации.

Сейчас ТС предлагают несколько разных вариантов лечения наркомании, включая краткосрочные программы, амбулаторное лечение, круглосуточный или дневной стационар. Время от времени проводится выборочная проверка на наркотики, чтобы убедиться, что реабилитанты живут в соответствии со своими обязательствами.

Некоторые ТС специально организованы для подростков, особенно для тех, у кого злоупотребление наркотиками сочетается с нарушениями норм социального поведения в обществе.

Комплекс реабилитационный психофизиологический с биологической обратной связью «Бослаб»

Биологическая обратная связь (БОС) — метод лечения, основанный на развитии у пациента навыков самоконтроля и саморегуляции различных функций организма для улучшения общего состояния.

На пациенте фиксируются датчики, в зависимости от того параметра или параметров над которыми пациент будет работать в ходе сеанса. Процедура безболезненная, датчики считывают различные показатели работы организма и не осуществляют никакого воздействия на тело пациента.

Метод основывается на принципе перевода информации получаемой при помощи специальных датчиков от тела человека (электрические физиологические сигналы) в картинку или звук — сигналы обратной связи. Такие физиологические сигналы, как электрическая активность мышц (она определяет способность мышц напрягаться и удерживать тонус), электрическая активность мозга, электрическая активность сердца — регистрируются специальными датчиками и затем обрабатываются компьютером, после чего мы можем увидеть рисунок электрической активности клеток нашего организма, например наши мозговые волны — электроэнцефалограмму.

С помощью датчиков полиграфических каналов регистрируются физиологические показатели пациента: альфа-, бета-ритмы электроэнцефалограммы, кожно-гальваническая реакция, температура. Пациент в процессе БОС-тренинга по выбранному сценарию влияет на изменения в зрительных образах, игровых ситуациях, диаграммах, предъявляемых на мониторе пациента, а также и на изменения в аудио-сигналах, предъявляемых через акустическую систему. Таким образом обеспечивается биологическая обратная связь для подкрепления положительной динамики состояния пациента.

Пациент вовлекается в «компьютерную игру», развитие сюжета которой определяется изменениями контролируемых физиологических параметров организма — создавая мотивацию действий пациента на направленное изменение «непроизвольных» процессов в его организме.

Пациенту предлагаются специальные компьютерные упражнения, направленные на оптимизацию физиологических параметров организма, если они выполняются правильно, пациент получает положительное подкрепление в виде просмотра видеоряда или видеоклипа, звучания приятной музыки. В случае неправильного выполнения следует отрицательное подкрепление — пропадает или искажается изображение, звучит неприятная музыка и т. д. Цель каждого сеанса — научить пациента управлять своим собственным организмом и перестроить работу организма на оптимальный уровень работы.

На основе полученной информации пациент под руководством инструктора с помощью специальных приемов и аппаратуры развивает навыки самоконтроля и саморегуляции, т.е. способность произвольно изменять физиологическую функцию для коррекции состояния.

ИТОГОВОЙ целью биоуправления является не просто обучение пациента осознанному управлению той или иной физиологической функцией, а перевод её на другой уровень функционирования без постоянного или эпизодического волевого усилия. Общеизвестным является тот факт, что процедуры биоуправления способны проявить специфические сдвиги не только в непосредственно управляемых физиологических системах, но и добиться изменения во взаимодействие различных систем организма. Важно и то, что комплекс может быть успешно применён и для детей (с 5-7-летнего возраста) с психомоторной задержкой развития — при существенном сокращении использования фармакологических средств.

Успешность реабилитации методом функционального биоуправления зависит от состояния эмоционально-личностной и интеллектуальной сферы пациента. При выраженных нарушениях высших психических функций (памяти, внимания, мышления, воли), особенно в

сочетании с эмоциональными нарушениями, эффективность метода можно повысить путем индивидуального подбора образов и их содержания для каждого пациента. У многих пациентов после курса БОС-тренинга видно улучшение способностей к длительной концентрации внимания, увеличение объема непосредственной слухоречевой памяти, повышение работоспособности и уменьшение утомляемости.

Метод ЭЭГ-БОС — это метод поведенческой биокоррекции. В основе поведенческой терапии лежит воспитательный принцип положительного и отрицательного подкрепления (поощрения и наказания — в более широком смысле). Если поведение ребенка (в нашем случае состояние относительной неподвижности, сосредоточенности и концентрации внимания) находится на уровне, достаточном для выполнения задания, то ребенок видит, как на экране складывается мозаика или демонстрируется видеофильм. Информация в головном мозге передается посредством собственного, биологического, электричества от одной клетки к другой, из одной части мозга в другую по специальным проводящим путям — нервным волокнам. В зависимости от того, как часто по этим волокнам будет проходить электрический импульс (возникающий в самом мозге в ответ на воспринимаемую зрением и слухом информацию) — быстро или медленно будет передаваться информация об изменениях в окружающем мире, а такая реакция на окружающий мир и есть то, что мы называем вниманием.

Мозг человека состоит из более, чем 10 млрд. клеток — нейронов, и каждая из них представляет собой миниатюрную электростанцию, способную в возбужденном состоянии создавать электрический потенциал т.е. мозг любого человека производит очень слабый электрический ток. Эта особенность головного мозга называется биоэлектрическая активность и ее можно увидеть лишь используя специальное оборудование, приборы — электроэнцефалографы (от энцефало — мозг и графо — писать) — то есть приборы, записывающие электрическую активность мозга. Кроме того, каждая клетка головного мозга имеет множество отростков, которые связывают ее с другими клетками — таких связей больше, чем звезд во вселенной. По этим отросткам проходит электрический импульс, который передается от одной клетки к другой. При этом возникают очень слабые электрические мозговые волны, имеющие различную частоту. То, что мы видим на экране монитора и есть эти колебания — такая запись электрической активности мозга, называемой электроэнцефалограммой или ЭЭГ. Различная частота мозговых волн связана с различными психическими состояниями. Чем выше частота т.е. чем больше колебаний помещается на ЭЭГ в одну секунду (бета-активность), тем более бодрым, возбужденным или раздраженным, напряженным и активным чувствует себя человек, чем ниже частота (медленные волны или альфа- и тета-активность), тем более человек расслаблен, сонлив, невнимателен или рассеян. Головной мозг людей, с детства имеющих проблемы со вниманием, производит в основном медленные волны (альфа- и тета-) и очень мало быстрых (бета-), особенно в тех отделах мозга, которые отвечают за внимание, сосредоточение и планирование деятельности. Появление в ЭЭГ у таких людей при умственной нагрузке, требующей сосредоточения, альфа- и тета-волн указывает на то, что в этот момент человек отвлекся (начал «витать в облаках», «спит с открытыми глазами», «завис» и т. п.) ЭЭГ-БОС тренинг, направленный на уменьшение дефицита внимания, отвлекаемости и дневной сонливости — называется альфа-тета супрессивный ЭЭГ-БОС тренинг (от супрессия — подавлять). В ходе этого тренинга человек обучается снижать вероятность моментов отвлечения, за счет уменьшения времени появления в ЭЭГ периодов, когда в активности мозга преобладают альфа- и тета-волны.

Одновременное вовлечение в процесс обработки информации большого числа клеток и связей между ними определяют способность концентрировать внимание, быть более сосредоточенным. Все прочие эффекты тренинга связаны с влиянием поведенческого (подкрепляющего удержание состояние внимания) компонента методики, который, в свою очередь, связан с мотивацией достижения цели. Тренировочные занятия с ЭЭГ-БОС

позволяют повысить способность сохранять внимательность, сосредоточение и концентрацию.

Как эффективность любого другого метода функциональной коррекции, эффективность метода БОС определяется тем, какова степень повреждения головного мозга и насколько последовательно и методично применение выбранного способа коррекции.

Учитывая комплексный подход, обычно уже в начале отмечается улучшение со стороны психоэмоционального состояния (уменьшение тревожности). Тестирование проводится в течение всего курса БОС-терапии, наблюдая за динамикой, можно сделать вывод об эффективности терапии. Так или иначе, внесение изменений в тактику лечения (дополнение другими видами коррекционного и медикаментозного лечения) происходит в течение первого месяца наблюдения.

Первые объективные результаты ожидаются не ранее 20-ого занятия. Повторение первого курса через 4-6 мес — длительностью 15 сеансов, 2 раза в неделю и так далее, не менее 3 курсов. Следует также учитывать возможность применения комплексного подхода (дополнительного включения других методов лечения), что, несомненно, положительно сказывается на конечном результате.

Метод БОС не вызывает зависимости или пристрастия, в ходе применения метода ребенок испытывает удовлетворение от повышения самооценки в результате достижения цели тренировки. Этот эффект может распространяться на другие сферы деятельности, которые не вызывают у ребенка неприязни, ведь успешность в любом виде деятельности зависит от желания этим заниматься.

Как метод обучения в ходе поведенческой биокоррекции, метод БОС подразумевает обучение мозговых структур и формирование новых нейронных связей между проблемными областями головного мозга. Это значит, что эти связи останутся на всю жизнь, но необходимое условие успешности — это постоянное их использование, например в процессе учебной или профессиональной деятельности.

Программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ – ЭЭГ»

Программно-аппаратный комплекс "БОСЛАБ - ээг" позволяет добиться значительных результатов в профилактике и лечении нарушений внимания и сопутствующей патологии у детей и подростков (СДВГ); реабилитации и лечении депрессий, аддиктивных расстройств); в лечении и профилактике психосоматической патологии и невротических расстройств; коррекции психо-эмоционального состояния.

Основа лечебной и коррекционной работы - обучение пациента навыкам поддержания оптимальных индивидуальных характеристик альфа-и бета-ритмов ЭЭГ, их соотношений с одновременным мониторингом ЭМГ и температуры.

Предусмотрены возможности проведения тренингов биоуправления:

- ✚ **энцефалографических** по альфа- ритму с мониторингом бета/тета-ритмов;
- ✚ **энцефалографических** по бета-ритму с мониторингом альфа/тета –ритмов;
- ✚ **миографических и температурно-миографических** с мониторингом альфа-ритма.





Альфа-стимулирующий тренинг: показан при дистимических расстройствах (мягкая депрессия) или соматоформных (в т.ч. соматоформных болевых расстройствах) с депрессивным оттенком настроения; аддиктивных расстройствах (алкоголизм, наркомания, игровые пристрастия, переядание).

Альфа-стимулирующий тренинг также показан практически здоровым людям для повышения психологической резистентности, развития навыков саморегуляции, уровня самоперцепции, преодоления алекситимии.

Бета-электроэнцефалографический тренинг для лечения синдрома дефицита внимания и расстройств поведения у детей и взрослых (СДВГ).

Температурно-миографический тренинг при мониторинге ритмов ЭЭГ для больных с выраженной тревогой, с артериальной гипертонией с наличием ирритативных нарушений на электроэнцефалограмме.

Сигналы обратной связи могут быть представлены в виде:

-  графических и звуковых сигналов;
-  мультимедийных слайдов со звуковым и музыкальным сопровождением;
-  видеозффектов при проигрывании анимационных файлов;
-  игровых сюжетов.

ТЭС-терапия

Антиалкогольное и антинаркотическое действие

Применение ТЭС-терапии, активирующей выработку эндорфинов, при алкоголизме и наркоманиях связано с тем, что эти виды патологии являются по своему патогенезу эндорфиндефицитными состояниями.

Эффекты ТЭС на экспериментальных моделях

Использованная модель – возникновение симптомов абстиненции у крыс после прекращения интенсивной 10-ти дневной алкоголизации. Показано, что признаки абстинентного синдрома устранялись под воздействием ТЭС и восстанавливались после введения налоксона [1]. Наркоманические состояния до настоящего времени нами не моделировались.

Эффекты ТЭС-терапии

При оценке эффектов ТЭС-терапии был использован комплекс психофизиологических, биохимических и электрофизиологических методов.

Методы оценки эффектов ТЭС при лечении алкоголизма и наркоманий.

Психофизиологические	Биохимические	Электрофизиологические
Тесты по: Спилбергеру, Тэйлору, -ММРІ	β-эндорфин, Дофамин, МАО-А, -Б, Серотонин	ЭЭГ, Омегометрия

Клинические наблюдения проводились с применением двойного слепого активного плацебо-контроля. Для оценки состояния больных алкоголизмом дополнительно (кроме указанных в таблице) использовались субъективные шкалы состояния и шкалы объективной врачебной оценки состояния.

Применение активного плацебо-контроля диктовалось тем обстоятельством, что пациенты основных групп на фоне ТЭС-терапии неизбежно имели определенные ощущения при действии лечебного тока и могли контактировать с пациентами контрольной группы. Последние при использовании пассивного плацебо (имитация процедуры без включения тока) были бы фактически информированы об отсутствии лечебного воздействия, поэтому были использованы активные плацебо.

Выбор типов активных плацебо был основан на экспериментальных данных, согласно которым эффективным для стимуляции защитных механизмов мозга могут быть прямоугольные импульсы квазирезонансной частоты. Поэтому в качестве активного плацебо первого типа использовали воздействия с частотой, отличающейся от оптимальной на $\pm 10\%$ и не вызывающей активации эндорфинных механизмов. Для активного плацебо второго типа использовали воздействие только постоянным током. Таким образом, пациенты, испытывая определенные ощущения под электродами, не могли определить свою принадлежность к основной или контрольным группам.

Результаты лечения всех проявлений алкоголизма с помощью представлены в таблице. Изучение эффективности этого метода лечения было начато в 1984 г. и уже к 1986 г. были получены основополагающие результаты, приоритетность и новизна которых были подтверждены авторским свидетельством СССР.

Использование ТЭС-терапии для лечения алкоголизма представляет пример системного и этапного использования метода при разных проявлениях патологии, имеющей этиологическую общность.

Оценка эффективности ТЭС-терапии при алкоголизме и опийной наркомании.

Тип патологии	Проявления патологии		
	Абстинентный синдром	Постабстинентные аффективные нарушения	Патологическое влечение
Алкоголизм	+++	+++	+++
Опийная наркомания	++ (с медикаментозной поддержкой)	+++	++

Примечание: +++ - эффективность высокая, ++ - эффективность удовлетворительная.

Действительно, с помощью ТЭС-терапии с успехом купируется алкогольная абстиненция, причем более эффективно, чем с использованием лекарственной терапии. Последующее применение ТЭС-терапии у этих же пациентов позволяет эффективно устранять постабстинентные аффективные расстройства и, что особенно важно в конечном итоге, - патологическое влечение к алкоголю.

Изучение эффективности ТЭС-терапии при наркоманиях было начато в 1998 г. и в настоящее время активно продолжается. Установлена и доказана высокая эффективность при постабстинентных аффективных расстройствах (синдром ангедонии) у героиновых наркоманов и у детей с токсикоманией. Первые наблюдения сделаны по лечению эфедроновой наркомании.

Особая проблема – использование ТЭС для купирования абстиненции у опийных наркоманов. Такое направление только начинает разрабатываться. Это требует ТЭС-аппаратуры, предназначенной для анестезиологического пособия, т.к. у наркоманов такого типа эндорфинная система существенно угнетена, и для ее активации требуется более интенсивное электровоздействие. Отмечено, что здесь в полной мере проявляется комплексный эффект ТЭС-терапии – у героиновых наркоманов, даже инфицированных вирусами гепатита С и СПИДа, в определенной степени нормализуются показатели иммунитета.

Лечение алкоголизма методом ТЭС

Лечение алкоголизма - одна из важнейших, но далеко не решенных медико-социальных проблем. Для терапии этого недуга испытано огромное количество медикаментозных и немедикаментозных средств. Считается, например, что практически все психотропные препараты испытывались для купирования разных проявлений алкоголизма, но применение большинства лекарств постоянно сопровождается проявлением нежелательных побочных эффектов особенно на фоне характерных для такого состояния повреждений печени, сердечно-сосудистой системы, нарушений нейро-вегетативной регуляции и высшей нервной деятельности. Поэтому в последнее время все большее внимание уделяют немедикаментозным неинвазивным методам лечения, которые практически не имеют побочных эффектов.

Доказано, что в патогенезе ведущих проявлений алкоголизма, таких как абстиненция, патологическое влечение к алкоголю, обуславливающее состояние патологической зависимости, нарушения высшей нервной деятельности и нейро-вегетативной регуляции существенное значение имеет дисбаланс нейромедиаторов и нейромодуляторов в центральной нервной системе. Наряду с изменениями обмена катехоламинов здесь существенную роль играет дефицит эндорфинов. Экспериментально и клинически доказано, что при алкоголизме, особенно при наличии абстинентного синдрома, уровень эндорфинов мозга и крови значительно снижен. Выработка эндорфинов снижается, возможно, потому, что продукты метаболизма этанола в определенной степени способны вмешиваться в обмен

этих нейромедиаторов. В свою очередь, введение эндорфинов в желудочки мозга подавляет проявление синдрома отмены у этанолзависимых животных.

В соответствии с этим, стимуляция эндогенной опиоидной системы может иметь существенное значение как средство патогенетической терапии. Эффективный метод активации эндогенной опиоидной системы с помощью транскраниальной электростимуляции (метод ТЭС) был разработан в Институте физиологии им. И.П.Павлова Российской Академии Наук. Выявлено, что опиоидные структуры мозга имеют квазирезонансные характеристики, и в их пределах с помощью слабых токов специальной формы, подаваемых через электроды на кожу головы, можно оказывать селективное стимулирующее воздействие на эти структуры. Эти данные получены с помощью самых современных методов (радиоиммунохимических, автордиографических, ЯМР-томографии, иммуно-цитохимии). В большом объеме экспериментально-клинических исследований было показано, что усиленное выделение эндорфинов, этих "гормонов радости" оказывает нормализующее (гомеостатическое) действие на широкий спектр нарушенных функций ряда систем и органов.

Проведенные исследования показали, что при лечении методом ТЭС в режиме, активирующем эндорфинную систему мозга, эффективно устраняет алкогольный абстинентный синдром, причем действие ТЭС превосходит эффект диазепинов. В стадии ремиссии лечение методом ТЭС способствует купированию аффективных нарушений и патологического влечения к приему алкоголя. При этом нормализуется ряд биохимических показателей крови, которые часто рассматриваются как маркеры алкоголизма. Важно отметить, что все наблюдения проведены с использованием двойного слепого контроля, исключающего наличие эффекта плацебо. По мнению наркологов, метод ТЭС является важным компонентом этапного лечения алкоголизма.

Применение ТЭС имеет ограниченный круг противопоказаний, не дает побочных эффектов. К лечебным эффектам ТЭС не возникает привыкания или пристрастия, пациенты по ходу процедур, наряду с другими положительными эффектами, испытывают повышение настроения, появление чувства бодрости.

Комплект психодиагностических методик, используемых в ходе реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»

<i>№</i>	<i>Наименование документа</i>	<i>Когда и кем составлен (разработан, изготовлен)</i>	<i>Назначение</i>
Мышление и другие психические процессы.			
1.	КОТ	Адаптация теста Вандерлика. Бузин В.Н., 1998г.	Общий уровень интеллекта, определение способности к обучению.
2.	Классификация предметов	Предложен К. Гольдштейном, видоизменен Л.С. Выготским и Б.В. Зейгарник.	Процесс обобщения и абстрагирования, анализ последовательности умозаключений, критичности, и обдуманности действий, особенностей памяти, объема и устойчивость внимания, личностные реакции на свои достижения и неудачи.
3.	Исключение предметов	Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	Аналитико-синтетическая деятельность, умение строить обобщения, в отличие от классификации предметов в меньшей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания, в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.
4.	Существенные признаки	Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	Логичность суждений, умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач.
5.	Сложные аналогии	Предложена Э.А. Коробковой	Выявление того, в какой мере доступно понимание сложных логических отношений и выделение абстрактных связей. Провоцирует резонерство.
6.	Противоположности	Вариант ассоциативного эксперимента.	Для выявления произвольности и дифференцированности ассоциаций, длительно продолжающийся опыт выявляет устойчивость произвольного направления ассоциаций.

7.	Соотношение пословиц, метафор и фраз	Разработана Б.В. Зейгарник	Понимание переносного смысла, умение вычленять главную мысль во фразе конкретного содержания, дифференцированность, целенаправленность суждений.
8.	Отсчитывание	«Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	Выявление сохранности навыка счета, устойчивости внимания, степени затрудненности интеллектуальных процессов.
9.	Таблицы Шульте-Платонова	Заимствована из психологии труда. Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	Исследование психического темпа, т.е. для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям).
10.	Заполнение пропущенных в тексте слов.	Предложена Эббингаузом.	Выявление развития речи, продуктивности ассоциаций, проверка критичности.
11.	Ассоциативный эксперимент.	Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	Характер и продуктивность ассоциаций, а так же словарный запас.
12.	Краткий тест творческого мышления.	Создан Торенсом.	Выявление творческих способностей.
13.	10 слов.	Предложена А.Р. Лурия.	Оценка состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания.
14.	Методика Равена.	Предложена Равеном.	Определение уровня абстрактного мышления, определение обучаемости.
15.	Методика Крепелина.	Предложена Крепелином в 60-х годах.	Определение объема и концентрации внимания. Выявление истощаемости.
16.	Корректирующая проба.	Разработана в 70-х годах.	Определение объема и концентрации внимания.
17.	Тест Бентона.	Разработан Бентоном в 60-х годах.	Определение состояния зрительной памяти и степени органического дефекта.
18.	Круг Когана	Разработан Коганом.	Определение объема и концентрации внимания. Выявление истощаемости.

19.	Подсчет кружков в секторах круга	Предложил Ф.Е.Рыбаков	Определение объема и концентрации внимания.
20.	Пробы на интерферентность		Определение устойчивости мнестических следов.
21.	Нахождение аналогий по пословицам		Определение уровня абстрактного мышления.
Мотивационная сфера и направленность личности.			
1.	СЖО (Тест смысложизненных ориентаций).	Д.А. Леонтьев «Тест смысложизненных ориентаций» – М.: «Смысл», 1992г.	Определение жизненных установок, целей и локус-контроля.
2.	Методика диагностики направленности личности (ориентационная анкета)	Разработана Б. Бассом в 1967г..	Выявление направленности личности: на себя, на общение, на «дело».
3.	Готовность менять аддиктивное поведение	Разработана в Калифорнийском ТС «Sinanon».	Определение степени готовности к лечению.
4.	Индикатор копинг-стратегий	Разработана в Калифорнийском ТС «Sinanon».	Определение отношения к собственным проблемам: с чьей помощью их решают и решают ли вообще.
5.	URCA-32	Разработана в Бостонском университете в 90-х годах.	Определение степени осознания наличия проблем.
6.	Готовность к изменению поведения и стремление к лечению	Разработана в Калифорнийском ТС «Sinanon».	Определение отношения к собственному аддиктивному поведению.
7.	Мотивационная анкета	Создана американским психологом Делионом.	Определение степени выраженности мотивации на избавление от наркозависимости.
8.	Методика ценностных ориентаций	Разработана М.Рокичем	Определение ценностных ориентаций
Диагностика психических состояний и свойств личности.			
1.	Дембо-Рубинштейн	Разработан Т.В. Дембо, модифицирован С.Я Рубинштейн. Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» -	Выявление самооценки и осознания болезни у взрослых и детей. Выявление актуального и желаемого уровня самооценки.

		М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г. (Серия «Мир психологии»).	
2.	«Методика аутоидентификации»	Разработана Э.Ю. Эйдемиллером в 1970-х гг.	Выявление акцентуаций характера и их клинических проявлений.
3.	ММПИ (СМИЛ) – (стандартизированный многофакторный метод исследования личности).	Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – представляет собой модификацию теста ММПИ (Dahlstrom W.G., Welsh G. S. An MMPI handbook. Minneapolis. 1960) созданного в 1942-1949гг. в целях профессионального отбора летчиков во время Великой Отечественной войны американскими психологами И. Маккинли и С. Хатэуэй. Модифицирован Собчик Л.Н. в течение 1968-1984гг.	Диагностика личностных особенностей.
4.	Модифицированная методика Сонди – тест восьми влечений.	Разработана венским психологом Л. Сонди в 30-х гг. 20-го столетия. Модифицирована и адаптирована на отечественной популяции Л.Н. Собчик в 1990-х гг.	Выявление профессионально важных, устойчивых качеств психики, оценка степени адаптированности, акцентуации черт характера и клинические проявления.
5.	«Метод сравнения парных таблиц».	Разработан Л.Н. Собчик в 1971г.	Для изучения установок и внушаемости через индивидуальные особенности перцепции геометрических фигур и рисунков.
6.	ДДО (дифференциально-диагностический опросник)	Создан Е.А. Климовым в 1980-х гг.	Для выбора наиболее подходящей профессии.
7.	УП (уровень притязаний).	Разработан Бороздиной Л.В. в 1980-х гг.	Оценка уровня притязаний – как личностной характеристики обуславливающей ее активность, детерминирующую многие аффективные процессы, способную влиять на поведение человека и формировать черты его характера.
8.	УСК (методика диагностики уровня субъективного контроля).	Создан Дж. Роттером, адаптация Бажина Е.Ф., Голынкиной С.А., Эткинда А.М.	Определение контроля над значимыми для обследуемого событиями.

9.	Опросник К. Томаса.	Адаптирована Н.В.Гришиной.	Выявление кризисогенных факторов. Определение конфликтности, уровня агрессивности, эмпатии, чувства вины.
10.	Методика Ханина-Спилбергера.	Разработан Ч.Д.Спилбергером и Ю.Л.Ханиным.	Определяет уровень личностной и реактивной тревожности.
11.	Шкала тревожности.	Разработан по принципу «Шкалы социально-ситуационной тревоги» Кондаша (1973г.).	Оценка наличия или отсутствия симптомов тревожности.
12.	Методика Айзенка.	Разработана Г.Айзенком в 1963г.	Определяет индивидуально-психологические черты личности и ведущие компоненты личности.
13.	УНП (уровень невротизации и психопатизации)	Разработан Т.В. Дембо, «Экспериментальные методики патопсихологии» - М.: ЗАО Изд. ЭКСМО-Пресс, 1999г.	Определяет уровень и характер невротических и психопатических нарушений.
14.	Методика Басса-Дарки	Разработали А.Басс и А.Дарк	Определение эмпатии, агрессивности
<p>Проективные методики исследования личности. (проективные методики по составу – ориентировочные, как единственный метод обследования не используются, могут использоваться только в батарее с другими методиками)</p>			
1.	Методика Люшера	Создан Люшером, адаптирован Собчик Л.Н.	Определение психического состояния, направленности на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.
2.	Методика неоконченных предложений	Предложена Саксом и Леви	Определение зон риска в отношениях с близкими и сфере самовосприятия.
3.	Методика Розенцвейга	Предложена Розенцвейгом в 70-х годах	Определение типа реагирования на проблемную ситуацию.
4.	РАТ (рисуночный апперцептивный тест).	Рисуночный апперцептивный тест – это более компактный модифицированный Собчик Л.Н. вариант ТАТ.	Определение сферы конфликта (внутреннего или внешнего), соотношения эмоциональных реакций и рационального отношения к ситуации, фона настроения. Определение позиции личности (активной, агрессивной, пассивной или страдательной), последовательности суждений, умения

			планировать свою деятельность, уровня невротизации. Определение трудностей соц. адаптации, суицидальных тенденций.
5.	Пиктограмма	Предложен А.Р. Лурия	Направлена в меньшей степени на исследование опосредованного запоминания, в большей степени - для анализа характера ассоциаций.
6.	Шесть неоконченных рисунков	В.К. Лосева, А.И. Луньков. «Рассмотрим проблему диагностика переживаний детей и взрослых по их речи и рисункам» - М.: Российская Академия Образования, 1995г.	Определение психического состояния.
7.	ЦТО	Модифицирована Собчик Л.Н.	Определение психического состояния.
8.	Рисунок человека	Карен Махвер «Проективный рисунок человека», М.: «Смысл», 2000г.	Определение психического состояния, анализ личности.
9.	Дом, дерево, человек	Сборник психологических тестов, М. «Наука», 1997	Проективный тест отношений к себе, жизни и семье
10.	Методика многофакторного исследования личности Кеттелла	Предложена Р.Б.Кеттеллом.	Определение структуры характера.
11.	РНЖ (рисунок несуществующего животного)	«Психологические тесты», том 1, ред. А.А. Карелина – М.; «ВЛАДОС», 2002г.	Определение психического состояния.
12.	Методика Розенцвейга	Разработана Розенцвейгом в 60-х годах	Определение фрустрационной толерантности
Диагностика межличностных отношений.			
1.	ДМО (метод диагностики межличностных отношений).	Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири («Leary T., Coffey I. Interpersonal Diagnosis, in: “Theories of Personality Investigation”. New York, 1969). Разработан Собчик Л.Н.	Диагностика межличностных отношений.
2.	Генограмма семьи		Определение родственных,

			деформированных связей.
3.	«Нарисуй свою семью»	Разработана В.Хьюлсом, А.М.Захаровой, Н.Корманом.	Исследование родственных отношений
Диагностика семейных взаимоотношений			
1	«Шкала семейной адаптации и сплоченности» PACES-3	Авторы Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптирован М. Пере в 1986г. (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003г.)	Разработан для оценки двух основных параметров структуры семьи – семейной сплоченности и семейной адаптации.
2.	«Семейная социограмма»	Авторы Э..Г. Эйдемиллер и О.В. Черемисин 2003г.	Рисуночная проективная методика для выявления положения субъекта в системе межличностных отношений и определения характера коммуникаций в семье.
3.	Опросник «Семейные роли»	Авторы техники Д. Огден и Э. Зевин, 1970г.	Для определения ролевой структуры семьи.
4.	Опросник удовлетворенности браком	Авторы В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко	Диагностика степени удовлетворенности – неудовлетворенности браком, а также степени совпадения – расогласования удовлетворенности у супругов.
5.	Опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке»	Автор А.Н. Волкова	Уточнение представлений супругов о семейных ценностях.
6.	Опросник «Понимание, эмоциональное притяжение, авторитетность»	Автор А.Н. Волкова	Измеряет степень понимания, эмоциональной привлекательности и уважения партнеров в браке.
7.	Опросник «Шкала любви и симпатии»	Автор Зик Рубин, модификация Л.Я. Глозмана и Ю..А. Алешиной	Выяснение преобладания в отношениях любви и симпатии.
8.	Опросник «Анализ семейных взаимоотношений»	Авторы В.В. Юстицкис и Э.Г. Эйдемиллер	Изучение опыта родителей в воспитании подростка, выявление ошибок в родительском воспитании.
9.	Опросник «Родителей оценивают дети»	Авторы И.А. Фурманов и А.А. Аладьин	Изучение представлений ребенка о стиле семейного воспитания.
10.	Опросник «Измерение родительских установок и реакций» (PARI)	Авторы Е. Шеффер и К. Белл. Первичная апробация методики на русском языке была проведена кандидатом психологических наук Т.В. Нещерет в	Изучение отношения родителей к детям вообще, а так же к различным сторонам семейной жизни. Позволяет оценить

		1980г. В дальнейшем адаптация методики к условиям русскоязычной культуры велась Т.В. Архиреевой 2002г.	специфику внутрисемейных отношений и особенности организации семейной жизни.
11.	Опросник «Взаимодействие родитель-ребенок»	Автор И.М. Марковская	Диагностика особенностей взаимодействия родителей и детей с позиции родителя и с позиции ребенка.
12.	Методика диагностики родительского отношения	Авторы А.Я. Варга и В.В. Сталин	Выявление родительского отношения (системы разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков).
13.	Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ)	Авторы В.В. Юстицкис и Э.Г. Эйдемиллер	Изучение общего фона переживаний индивида, связанного с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье.
14.	Шкала определения уровня депрессии	Автор В. Зунг, адаптация Т.Н.Балашовой 2002г.	Диагностика сниженного настроения и депрессивного состояния.

Наркомания опийная. Условия реабилитации: амбулаторные.

I Фаза ремиссии

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) -F 11.20.

Обследование: Общий анализ крови и общий анализ мочи, биохимические анализы крови (сахар, билирубин, белок, белковые фракции, печеночные ферменты, остаточный азот, мочевины), анализы крови на инфекционный гепатит, ВИЧ, RW, ЭКГ.

Требования к медицинскому компоненту:

1. Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 4 мес, два курса в год, а при неблагоприятном микросоциальном окружении до 1 года.

2. Ноотропы: ноотропил, церебролизин, пикамилон, аминолон, и др., курсами по 2 мес; в течение одного года три курса.

3. Симптоматическая терапия по показаниям

II Синдром: обострение патологического влечения к наркотику.

Требования к медицинскому компоненту:

1) Средства подавляющие влечение к психоактивным веществам (продолжительность лечения определяется состоянием несовершеннолетнего):

а) нейролептики: галоперидол, галоперидол-деканоат, пипортил L-4, модитен, модитен-депо и др. - 2-4 недели;

б) блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 2-4 недели;

в) антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, леривон и др. - 4 недели;

г) антиконвульсанты: карбамазепин (финлепсин), вальпроат натрия -2-4 недели.

д) пирогенная терапия.

2) Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

III Синдром: астенические (неврастенические) расстройства.

Требования к медицинскому компоненту:

- Ноотропы: ноотропил, церебролизин, пикамилон, аминолон и др. - до 1 месяца,

- Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 2 недели,

- Биогенные стимуляторы: женьшень, китайский лимонник и др. - до 1 месяца,

- Нейролептики - соннапакс, терален - до 2-4 недель,

- Витамины - 1 мес.,

- Деприм - 1-1,5 мес.,

- Аминокислоты - 1 мес.,

- БАД - 1 мес.,

- Ароматерапия - 1 мес.,

- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

IV. Синдром: эмоциональные расстройства: (депрессии и дистимии).

Требования к медицинскому компоненту:

- Антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, леривон, анафранил, коаксил и др. - 4 недели

- Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 2 недели

- Гипнотики: радедорм, имован, геминеврин и др. - до 7-10 дней.

- Нейролептики: эглонил до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы азалептина 12,5 мг-25 мг, тизерцин 12,5 мг-25 мг на ночь.

- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж)

V. Синдром: поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение).

Требования к медицинскому компоненту:

- Нейролептики - корректоры поведения: неуплептил, сонапакс, терален - до 2 недель.
- Нейролептики: аминазин, тизерцин, азалептин - до 2 недель,
- Блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 2 недели.
- Антиконвульсанты: карбамазепин (финлепсин) - до 2 недель.
- Пирогенная терапия.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Наркомания опийная. Условия реабилитации: стационар

I Фаза ремиссии

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) -F 11 20.

При поступлении в реабилитационное учреждение должна быть представлена выписка из истории болезни со следующими лабораторными данными: общий анализ крови и общий анализ мочи, биохимические анализы крови (сахар, билирубин, белок, белковые фракции, печеночные ферменты, остаточный азот, мочевины), анализы крови на инфекционный гепатит, RW, ВИЧ, ЭКГ.

Требования к медицинскому компоненту:

- Средства, подавляющие патологическое влечение к психоактивным веществам и корректоры поведения: галоперидол, галоперидол-деканоат, флюфеназин (модитен), клозапин (азалептин), трифлуоперазин (трифтазин), тиоридазин (сонапакс), перициацин (неуплептил) -1 месяц.
- Антиконвульсанты: карбамазепин (финлепсин) -1 месяц.
- Антидепрессанты: миансерин (леривон), мапротилин (лудиамил), тианептин (коаксил), амитриптилин, кломипрамин (анафранил) - 1 месяц.
- Ноотропы: ноотропил, церебролизин, пикамилон, гаммааминомасляная кислота, глицин - 2 месяца.
- Витамины -1 месяц.
- БАД - 1 месяц.
- Ароматерапия - 1 месяц.
- 8. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и пр.) - 1 месяц.

II. Синдром: обострение патологического влечения к наркотикам

Требования к медицинскому компоненту.

1) Средства, подавляющие влечение к наркотикам. (Продолжительность лечения определяется состоянием несовершеннолетнего):

а) нейролептики: галоперидол, галоперидол-деканоат. пипортил. пипортил L-4, модитен, модитен-депо и др. - 2-4 недели;

б) блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 2-4 недели;

в) антидепрессанты: амитриптилин, тразадон, леривон и др. - 4 недели;

г) антиконвульсанты: карбамазепин (финлепсин), вальпроат натрия -2-4 недели.

2). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

III. Синдром: астенические (неврастенические) расстройства.

Требования к медицинскому компоненту:

- Ноотропы и аминокислоты: ноотропил, церебролизин, пикамилон, аминолон, глицин, глютаминовая кислота - до 2 мес.
- Биогенные стимуляторы: алое, стекловидное тело, китайский лимонник.
- Нейролептики: сонапакс, терален, эглониал - до 4 недель.

- Витамины - 1 мес.
- Деприм - 1-1,5 мес.
- БАД - 1 мес.
- Ароматерапия-1 мес.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

IV. Синдром: эмоциональные расстройства (депрессии и дистимии).

Требования к медицинскому компоненту:

1. Айтидепрессанты: амитриптилин, леривон, тразодон, анафранил. тианептин, мапротилин - 4-6 недель.
2. Гипнотики: эуноктин, имован, геминеврин и др. до 7-10 дней.
3. Нейролептики: эглонил до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы азалептина 12,5-25 мг, тизерцин 12,5-25 мг на ночь до 4 недель.
4. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

V. Синдром: поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение).

Требования к медицинскому компоненту:

- Нейролептики: неулептил, аминазин, клозапин, терален, галоперидол - до 3 недель.
- Антиконвульсанты: карбомазепин (финлепсин) до 2 недель.
- Пирогенная терапия.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Наркомания вследствие употребления каннабиоидов.

I. Фаза ремиссии.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 12.20

Обследование. Общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови (сахар, билирубин, печеночные ферменты), анализ крови на ВИЧ, ЭКГ. Консультация психолога, терапевта, невропатолога.

Требования к медицинскому компоненту:

1. Ноотропы и аминокислоты: ноотропил, пикамилон, аминалон, глута-миновая кислота, глицин по 2 месяца, три курса в год.
2. Симптоматическая терапия по показаниям.

II. Синдром: астенический.

Требования к медицинскому компоненту:

- Ноотропы: ноотропил, церебролизин, пикамилон, аминалон и др. - до 1 месяца.
- Биогенные стимуляторы: алое, ФИБС, стекловидное тело, китайский лимонник.
- Деприм - 1-1,5 месяца.
- Аминокислоты - 1 месяц.
- БАД - 1 месяц.
- Ароматерапия - 1 месяц.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

III. Синдром: поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение).

Требования к медицинскому компоненту:

1. Нейролептики: неулептил, сонапакс, терален, ачалептин - до 2 недель.
2. Антиконвульсанты: финлепсин до 2 недель.
3. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

Наркомании и токсикомании вследствие употребления седативных и снотворных веществ.

Фаза ремиссии.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) -F 13.20.

Условия реабилитации: стационарные + амбулаторные.

Обследование. Общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови (сахар, билирубин, печеночные ферменты), анализ крови на ВИЧ, ЭКГ. Консультации психолога, терапевта, невропатолога.

I. Синдром: эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии).

Требования к медицинскому компоненту:

- Антидепрессанты: amitриптилин, леривон, лудиомил. тразодон, коаксил -1 месяц.
- Ноотропы: пантогам, пикамилон, глицин, церебролизин и др. - 2 месяца
- Нейролептики - корректоры поведения: терален, сонапакс, неуплепил - 2-3 недели.
- Деприм - 2 месяца.
- Витамины.
- Физиотерапия (электросон, массаж, акупунктура).

II. Синдром: интеллектуально-мнестическое снижение.

Требования к медицинскому компоненту:

- 1.Ноотропы и аминокислоты: ноотропил, пикамилон, пантогам, глутами-новая кислота, глицин, церебролизин,- курсами по 2 месяца до трех в год.
- Витамины.
- Деприм - 2 месяца.
- Физиотерапия (акупунктура, электросон).

Наркомания вследствие употребления кокаина

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 14.20.

Наркомании вследствие употребления других стимуляторов.

Фаза ремиссии.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) -F15.20.

Обследование. Общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови (сахар, билирубин, печеночные ферменты), анализ крови на ВИЧ, ЭКГ. Консультации психолога, терапевта, невропатолога.

Требования к медицинскому компоненту:

- Бромокриптин до 4 недель.
- Ноотропы: аминалон, ноотропил, пантогам и др. до 2 мес.
- БАД.
- Витамины.
- Физиотерапия (электросон, массаж, акупунктура).

I. Синдром: обострение патологического влечения к наркотикам.

Требования к медицинскому компоненту:

- Нейролептики: пипортил, пипортил L4, модитен, модитен-депо - до 3-4 недель.
- Бромокриптин до 4 недель.
- Ноотропы: пикамилон, пантогам, пирацетам и др. до 1 месяца.
- Физиотерапия (электросон, массаж, акупунктура).

II. Синдром: эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)

Требования к медицинскому компоненту:

- Антидепрессанты: amitриптилин, дезипрамин, анафранил, тианептин - до 2 месяцев.

- Бромокриптин 2-3 месяца.
- Ноотропы и аминокислоты: ноотропил, пикамилон, глицин, пантогам - 2 месяца, не менее 2 курсов в год.
- Малые дозы нейролептиков - азалептин 12,5-25 мг, тизерцин 12,5-25 мг
- Витамины.
- Антиконвульсанты: карбамазепин 1-2 месяца.
- Физиотерапия (акупунктура, массаж, электросон).

Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и употребления других психоактивных веществ.

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) -F19.20.

Условия реабилитации: стационарные + амбулаторные.

Обследование. Общий анализ крови и общий анализ мочи 1 раз в 4 недели.

При наличии гепатитов проводятся биохимические анализы крови 1 раз в 3 месяца, анализ крови на ВИЧ, RW, ЭКГ. Консультация психолога.

I. Синдром: обострение патологического влечения к наркотикам

Требования к медицинскому компоненту:

- Нейролептики: галоперидол, галоперидол деканоат, модитен, модитен-депо, пипортил, пипортил L4. трифлуоперазин -1 месяц.
- Блокатор опиоидных рецепторов - налтрексон гидрохлорид до 2 месяцев.
- Антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроат натрия - до 1 месяцев.
- Бромокриптин - до 2 месяцев.
- Ноотропы: аминалон, глицин, пантогам - до 2 месяцев.
- Антидепрессанты: амитриптилин, леривон, лудиомил - до 2 месяцев.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

II Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)

Требования к медицинскому компоненту:

- Антидепрессанты: амитриптилин, миансерин, тразадон, тианептин – до 2 месяцев.
- Нейролептики: сонапакс, терален, эглонил, малые дозы азалептина 12,5-25 мг, тизерцина 12,5 -25 мг.
- Антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроат натрия - до 1 месяца.
- Ноотропы и аминокислоты: пирацетам, глицин, пикамилон и др. - до 2 месяцев.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

III. Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение).

Требования к медицинскому компоненту:

- Нейролептики: неупелтил, аминазин, азалептин, сонапакс, терален – до 1 месяца.
- Пирогенная терапия.
- Ноотропы: пантогам, глицин - до 2 месяцев.
- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).
- Фитотерапия.
- Ароматерапия.

IV. Синдром: интеллектуально-мнестическое снижение

Требования к медицинскому компоненту:

- Ноотропы и аминокислоты: пирацетам, пикамилон, глутаминовая кислота, глицин, пантогам и др. - курсами по 2 месяца до 3 в год.

- Нейролептики: сонапакс, терален, эглонил - до 1 мес.
- Витамины.
- Физиотерапия (массаж, акупунктура, электросон).

Для участников амбулаторно-консультативного сопровождения применяется программа тренингового сопровождения

Учебно-методическое пособие «Профилактическая психолого-педагогическая тренинговая программа «Я свободен!»»/ С.Н. Сюрин, Е.В. Воробьева, Е.В. Потанина – Красногорск, 2017.- 98с. (ISBN 978-5-9906587-5-2).

Структура и содержание программы

Программа включает в себя 5 занятий длительностью 2-2,5 астрономических часа, частота проведения от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц. Каждое занятие имеет свою структуру и включает в себя следующие виды упражнений и формы групповой работы, представленные в определенной последовательности:

1. Упражнения - активаторы, используемые для создания доброжелательной рабочей обстановки и снятия психологических барьеров в общении.
2. Обсуждение происходящего между занятиями, направленное на анализ изменений в поведении подростков.
3. Разминка в виде игры или упражнения, способствующая включению в групповую работу.
4. Упражнения, направленные на формирование адекватной самооценки.
5. Упражнения, предназначенные для развития способностей планирования поведения и анализа ситуации с прогнозом их разрешения.
6. Упражнения, способствующие формированию позитивных жизненных целей и развитию мотивации к их достижению.
7. Групповые дискуссии и мозговые штурмы как способ развития способностей к анализу и прогнозу ситуаций.
8. Информационно - правовая часть, направленная на усвоение правовых знаний.
9. Рефлексия - подведение итогов занятия, получение обратной связи участниками и тренерами.

Общение в условиях психологического тренинга строится на следующих принципах (Петровская, 1989, с.59–65):

«Здесь-и-сейчас» — разговор о том, что происходит в группе в каждый конкретный момент времени; исключение общих, абстрактных рассуждений.

Персонификация высказываний — отказ от обезличенных суждений типа «обычно считается», «некоторые здесь полагают» и т. п., замена их адресными: «я считаю», «я полагаю».

Акцентирование языка чувств — избегание оценочных суждений, их замена описанием собственных эмоциональных состояний (не «ты меня обидел», а «я почувствовал обиду, когда ты...»).

Активность — включенность в интенсивное межличностное взаимодействие каждого из членов группы, исследовательская позиция участников.

Доверительное общение — искренность, открытое выражение эмоций и чувств.

Конфиденциальность — рекомендация не выносить содержание общения, развивающегося в процессе тренинга, за пределы группы.

Возможность структурировать общение в соответствие с этими принципами дают правила тренинга, которые обычно обсуждаются в группе и принимаются на первом же занятии.

Учебно-методические планы тренинговых занятий по формированию основ здорового образа жизни (ЗОЖ) у подростков

№ п/п	Наименование тем и разделов	Всего часов	Упражнения и задания
1	Мы и наши привычки	2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Упражнение "Знакомство" - Выработка правил работы группы - Тест "Легко ли нам отказаться от привычки?" - Упражнение "Страна привычек" - Упражнение "Ладонка" - Рефлексия и обратная связь
2	Зачем люди курят?	2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Упражнение "Курение - за и против" - Упражнение "Три на три" - Упражнение "Путешествие на облаке" - Упражнение "Пересадка сердца" - Упражнение "Четыре квадрата" - Рефлексия и обратная связь
3	Скажи алкоголю "нет"	2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Разминка "Поезд" - Упражнение "Жертва и ответственность" - Упражнение "Побег из тюрьмы" - Мозговой штурм "Зачем люди употребляют алкоголь и наркотики?" - Упражнение "Трудная ситуация" - Упражнение "Портрет алкоголика" - Прощание и обратная связь
4	Учимся общаться эффективно	2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Разминка "Мы с тобой похожи" - Упражнение "Толкалки" - Упражнение "Табу" - Информирование "Ассертивное поведение" - Упражнение "Три способа сказать "НЕТ" - Упражнение "Пинг-понг" - Упражнение "Водопад" - Упражнение "Концентрические круги"
5	Я хозяин своей жизни	2,5	<ul style="list-style-type: none"> - Разминка "Приветствие" - Обсуждение "Что такое "Я", Я - кто я, Я - какой я" - Информирование " Я - реальное, Я -идеальное, Я - зеркальное" - Информирование и упражнение "Я - высказывания" - Упражнение "Список удовольствий" - Упражнение "Ассоциации" - Упражнение "Прошлое, настоящее, будущее" - Притча о старом индейце - Групповой коллаж - портрет группы - Прощание и обратная связь
		12,5	

Описание программных мероприятий

Занятие 1

«Мы и наши привычки»

Цель: Создание благоприятной психологической атмосферы, знакомство с участниками группы, формулирование понятия «привычка».

Материал: бумага, цветные карандаши, фломастеры, булавочки по количеству участников для крепления визиток, набор кубиков, конструктор, мячик.

Ход занятия: Участникам предлагается занять места на стульях, которые стоят по кругу.

Информирование.

Название наших занятий «Моя любимая вредная привычка». Именно любимая. Ведь привычки есть у каждого человека, и избавиться от них порой очень трудно. На занятиях мы попробуем посмотреть на наши привычки с незнакомого для нас ракурса и принять или отказаться от них с наименьшими потерями для здоровья. А сейчас мы предлагаем вам упражнение, которое поможет начать работу нашей группы.

Упражнение «Знакомство»

Участникам предлагается изготовить для себя визитки, которые бы отвечали на вопрос: «Как меня зовут?» или «Как я хочу, чтобы меня звали», а также одним словом указывали на самую «милую» свою привычку. Например: Танюша - жадина, Светик - плакса, Мишка - опоздалкин и т.д.

По завершении работы участники крепят свои визитки так, чтобы всем было удобно видеть, и рассказывают несколько слов о себе и своей привычке.

Мы познакомились друг с другом и с привычками, которые живут в нас. И, продолжая нашу работу, хочется сказать, что любая группа, начиная своё совместное дело, вырабатывает определённые правила поведения. Вашему вниманию предлагается несколько правил поведения в группе, которые можно изменить или дополнить:

Правило «Я» (разговор ведётся только от своего лица).

Правило «Дисциплина» (посещение занятий без опозданий, участие во всех упражнениях, предлагаемых ведущим).

Правило «СТОП» (при нежелании выразить свои сокровенные чувства можно помолчать).

Правило «Один говорящий» (одновременно может говорить только один человек).

Правило «Уважение».

Правило «Конфиденциальность» (любая информация личного характера об участниках должна остаться в группе и не обсуждаться за её пределами).

Правило «Наказания за нарушения» (предлагают сами участники).

Мы теперь группа со своими правилами. И для того чтобы продолжить нашу работу, предлагаем вам тест.

Тест «Легко ли вам отказаться от привычки?»

Предлагаем вам семь вопросов, отвечать на них нужно «ДА» или «НЕТ». Если вы не уверены в объективности ответа, дайте тот, который ближе к истине. Долго над ответами не задумывайтесь.

Быстро ли вас можно переубедить в чём-либо?

Когда вы занимаетесь своей основной работой, интересуетесь ли работой товарищей?

Трудно ли было вам во время учёбы в школе переключиться с одного экзамена на другой?

Склонны ли вы довести до конца предыдущую работу, если предстоит иная, более интересная?

Трудно ли отказаться от привычки, которая вам не по душе?

Легко ли вы переходите от одного дела к другому?

Расстраивают ли вас даже незначительные нарушения ваших планов?

Обработка. Поставьте себе один балл за каждый ответ «да» на вопросы 3, 4, 5, 7 и за ответ «нет» на вопросы 1, 2, 6. подсчитайте сумму баллов.

Интерпретация.

1-2 балла. Вы, скорее всего, легко приспосабливаетесь к новым условиям, контактируете с людьми. Незнакомые ситуации, неожиданные препятствия не вызывают у вас чувства раздражения. У вас широкий круг интересов, однако, возможно, что ваши знания несколько поверхностны. Вы не всегда настойчивы в достижении цели и иногда, может быть, вам трудно довести дело до конца. Монотонной деятельности предпочитаете творческую работу и, скорее всего, имеете к ней способности.

3-5 баллов. В случае необходимости вы сумеете отстоять свою точку зрения, но можете и признать свою неправоту. В ваших силах отказаться от вредных привычек и подходить к любому делу целеустремлённо и творчески.

6-7 баллов. Вероятно, вы человек, не склонный менять свои привычки взгляды. Вы надёжный, целеустремлённый работник, как правило, упорны в достижении цели. Вместе с тем, ваша настойчивость в ряде случаев переходит в упрямство, и окружающие, возможно, считают вас «чересчур принципиальным», так как вы не любите уступать даже в мелочах. Вам следует быть более гибким в общении с людьми и чаще задумываться над тем, что вы не всегда правы.

Данный тест показал, насколько легко нам избавиться от нежелательной привычки. Это материал к размышлению. А теперь давайте рассмотрим, что такое привычка в целом.

Информирование.

Привычка есть у каждого из нас, и от них трудно избавиться. Привычки могут быть полезными и вредными, положительными и отрицательными, нейтральными, неприятными, пагубными, надоедливыми, просто раздражающими.

Привычки формируются при постоянно повторяющемся удовлетворении тех или иных желаний. Каждая имеет свои последствия. Некоторые удивляются, почему даже трагические результаты не помогают людям менять привычки. Причин много. Основные три.

Во-первых, сиюминутное удовольствие для большинства людей гораздо важнее вероятных отдалённых последствий.

Вторая причина сводится к тому, что человек лишь иногда получает удовлетворение от своих действий. Поэтому он продолжает совершать их, надеясь, всякий раз достичь удовольствия. Примером может служить человек, привыкший хрустеть суставами пальцев. Иногда это причиняет ему боль. В другой раз он испытывает удовольствие. Проблема в том, что всякий раз, когда он делает это и получает удовольствие, тем самым закрепляет свою привычку, и избавиться от неё становится с каждым разом труднее.

И третья причина в том, что человеку всегда свойственно из двух бед выбирать меньшую. Тот, кто привык всегда опаздывать, ненавидит спешку, заставляющую его нервничать, напрягаться. Он скорее готов перенести гнев человека, с которым ему надлежит встретиться, чем испытать неудобство спешки.

По мнению доктора психологических наук В.Г. Асеева, привычки обычно формируются в какой-то значимой для человека ситуации, из которой он не может выйти обычными способами. Скажем, вас, безбилетного, впервые в жизни поймал контролёр. Вы оправдываетесь, на вас смотрят другие пассажиры, вам неловко, и вы нервно начинаете потирать вспотевшие ладони. Вполне вероятно, что после этого вы будете потирать ладони всю оставшуюся жизнь в любой ситуации, требующей от вас хоть малейшего напряжения.

Другой вариант приобретения привычек – подражание. Особенно этому подвержены дети. Они могут скопировать какие-то жесты человека, являющегося для него авторитетом. Нередко из-за стремления стать «своим» в незнакомой компании дети (да и некоторые

взрослые) с лёгкостью перенимают чужой диалект, сленг, манеру двигаться и т.п. Главное – не быть «белой вороной». Хотя иногда эти старания напрасны, некоторые привычки при всём желании не прилипнут к вам, потому что настолько противоречат типологическому складу вашего характера, что специально их выработать практически невозможно.

И наша задача - принимать свои привычки и привычки окружающих такими, какие они есть. А при желании попробовать сделать свои привычки менее заметными.

Упражнение «Страна привычек»

Участников просят закрыть глаза. Ведущий предлагает представить Волшебную страну привычек так, как будто они видят её с высоты птичьего полёта:

«Там, внизу, мы могли увидеть горы... Какие они? А вот мы пролетаем над дремучими лесами... Мы видим огромные луга и поля с необычными растениями... Мы видим реки, озёра и болота... И вот перед нами город. Город, где живут привычки со всего мира... мы спускаемся ниже и видим уже дома, улицы и самих жителей... Какие они? Мы приземляемся. И давайте попробуем при помощи кубиков, конструктора и других вещей создать то, что только что мы представили».

Ведущий предлагает участникам вспомнить, какой они представляли страну и, используя предлагаемые материалы, всем вместе построить Волшебную страну привычек. Участники на ковре строят вместе.

Обсуждение.

Мы создали свою страну, и каждый вложил в общую работу частичку своей души. Возможно, кто-то захочет отметить, что представлял страну не такой, какой увидели её другие (здесь важно сделать акцент на том, что все образы разные, разные и все здесь присутствующие).

Упражнение «Дом привычек»

Участникам предлагается нарисовать дом из Волшебной страны привычек. Здесь они могут использовать любую технику и изображать дом для одной или нескольких привычек. Главное - показать в рисунке особенности данной привычки.

Обсуждение.

Упражнение «ЛАДОШКА»

Цель: Повышение самооценки, обучение подростков умению находить в других людях положительные качества.

Содержание:

На листе бумаги каждый участник обводит ладошку и внутри контура пишет качество, которое нравится в самом себе. Листки передаются по кругу, а остальные участники дописывают те качества, которые нравятся в хозяине ладошки. Листки необходимо подписать. Когда «ладошки» вернутся к своему хозяину, все ребята благодарят друг друга.

Заметки для ведущего:

Обязательно необходимо зафиксировать внимание участников на том, что пишутся только положительные качества.

Если в группе уже выявлены изгои, то их «ладошки» могут оказаться пустыми или с оскорблениями. Чтобы предотвратить это, нужно объявить всем, что если они не могут найти положительное в других, значит, они ненаблюдательны, ведь не бывает такого, чтобы в человеке не было ничего хорошего.

Ритуал завершения занятия.

Участники группы по кругу передают мяч с пожеланиями соседу: «Я желаю тебе и твоей привычке...»

Рефлексия.

Получение обратной связи. Участники по кругу высказываются о том, как они себя чувствовали на занятии, что понравилось, что нет.

Занятие 2 «Зачем люди курят?»

Разминка.

Передаем по кругу предмет без помощи ладоней.

Цель занятия: обосновать все негативные стороны курения.

Упражнение «Курение: за и против»

Инструкция:

«Подростки одной группы перечисляют и обосновывают все «за» курения. Подростки второй группы доказывают вред курения. После написания и обсуждения капитаны вступают в спор. Их поддерживают команды, приводя веские аргументы для защиты своей позиции».

Упражнение «Три на три»

Цель: Развитие гибкости мышления и толерантного отношения к различным событиям жизни.

Время: 30 минут.

Вид: Упражнение — тренинг навыка.

Материалы. Наборы из трех карточек (см. в описании упражнения) — 3-5 наборов.

Инструкция.

«Объединитесь в группы по четыре человека (по два, по три, по пять человек — в зависимости от числа участников и времени, которое вы запланировали потратить на упражнение, чем больше подгрупп, тем дольше длится обсуждение).

Каждой подгруппе выдается по 3 карточки с описаниями жизненных ситуаций, обычно вызывающих неприятные переживания.

Сейчас в каждой подгруппе вам нужно найти три положительные и три отрицательные стороны в каждой из трех ситуаций, написанных на ваших карточках. У вас есть на это только 15 минут, поэтому поторопитесь».

Содержание карточек.

Карточка 1.

Я весь вечер провел в одиночестве, и это плохо, потому что: 1)...; 2)...; 3)...

Я весь вечер провел в одиночестве, и это хорошо, так как: 1)...; 2)...; 3)...

Карточка 2.

У меня неприятности, и я хотел поделиться с другом (подругой) своими переживаниями, но он (она) не стал меня слушать, и это плохо, потому что: 1)...; 2)...; 3)...

У меня неприятности, и я хотел поделиться с другом (подругой) своими переживаниями, но он (она) не стал меня слушать, и это хорошо, потому что: 1)...; 2)...; 3)...

Карточка 3.

Сегодня я узнал (а), что девушка (парень), которая (который) нравится, встречается с другим (другой), и это плохо, тому что: 1)...; 2)...; 3)...

Сегодня я узнал (а), что девушка (парень), которая (который) нравится, встречается с другим (другой), и это хорошо, тому что: 1)...; 2)...; 3)...

После выполнения задания представители каждой подгруппы зачитывают свои варианты ответов. В результате в каждом случае получается по 9-12 аргументов «плохо» и «хорошо».

Обсуждение.

«Как вы думаете, чему научило вас это упражнение? Какие аргументы давались вам легче — негативные или положительные? Как вы думаете, почему?»

Резюме тренера.

«Любые события в жизни не являются ни плохими, ни хорошими — все зависит от того, как мы к ним относимся. Например, один человек заболел, и ему пришлось отказаться от развлекательной поездки. Он очень расстраивался по этому поводу. А потом оказалось, что его друзья попали в катастрофу и погибли.

Самая распространенная ошибка людей — относиться к событиям плохо только потому, что наши ожидания не оправдались. На самом деле, если немного подумать, многие события могут оказаться не таким уж плохими. А иногда случается, что они спасают нас от чего-то худшего».

Комментарии для тренера. При выполнении этого упражнения главное — не увязнуть в обсуждении аргументов. Поэтому тренер ориентирует участников на быструю работу: тогда предложенные аргументы не подвергаются слишком подробному обсуждению. Однако нельзя принимать абсурдные аргументы, потому что в таком случае у участников остается недоверие к тому, что каждое событие реальной жизни действительно можно оценивать с разных сторон. Важно помнить, что цель упражнения развить гибкость мышления как жизненное умение, а не просто весело поиграть. Хотя веселья и смеха при выполнении задания бывает много.

Упражнение «Путешествие на облаке»

Цели: Эта игра поможет привести детей в "рабочее" состояние перед началом занятий.

Материалы: В качестве сопровождения желательно использовать спокойную инструментальную музыку.

Инструкция:

Сядьте удобно и закройте глаза. Два-три раза глубоко вдохните и выдохните...

Я хочу пригласить тебя в путешествие на облаке. Прыгни на белое пушистое облако, похожее на мягкую гору из пухлых подушек. Почувствуй, как твои ноги, спина, попка удобно расположились на этой большой облачной подушке.

Теперь начинается путешествие. Твое облако медленно поднимается в синее небо. Чувствуешь, как ветер овеивает твоё лицо?

Здесь, высоко в небе, все спокойно и тихо. Пусть твоё облако перенесет тебя сейчас в такое место, где ты будешь счастлив.

Постарайся мысленно "увидеть" это место как можно более точно. Здесь ты чувствуешь себя совершенно спокойно и счастливо. Здесь может произойти что-нибудь чудесное и волшебное... (30 секунд.)

Теперь ты снова на своем облаке, и оно везет тебя назад, на твоё место в классе. Слезь с облака и поблагодари его за то, что оно так хорошо тебя покатило... Теперь понаблюдай, как оно медленно растает в воздухе... Потянись, выпрямись и снова будь бодрый, свежий и внимательный.

Упражнение «Пересадка сердца»

Цель: Развитие толерантности при ответственном выборе.

Время: 20 минут.

Вид: Групповая дискуссия.

Материалы: Список кандидатов на пересадку сердца — по количеству подгрупп.

Инструкция

«Разделитесь на подгруппы по 4-5 человек. Представьте себе, что вы бригада хирургов, которой предстоит сделать операцию по пересадке сердца. У вас есть одно донорское сердце на 10 человек и 10 минут на принятие решения, кого именно вы будете оперировать. Решение должно быть принято единогласно, в противном случае операция не состоится, и пациенты могут погибнуть.

Каждая подгруппа получает список кандидатов на операцию.

Список кандидатов:

Бывший чемпион, 28 лет. Защищал честь страны. Мастер спорта международного класса. Пострадал в автомобильной аварии в состоянии алкогольного опьянения. Холост.

Женщина, 52 года. Мать пятерых взрослых детей.

Священник, 27 лет.

Мужчина, 40 лет, отец двоих детей. Бывший сотрудник КГБ, бывший депутат, сейчас бизнесмен.

Девочка, 5 лет. Задержка психического развития.

Студент, 20 лет, депрессия.

Мужчина, 48 лет, врач-онколог, ученый, разрабатывает лекарство от рака. Он близок к решению проблемы. Гомосексуалист.

Женщина, 25 лет, мать одного ребенка, ВИЧ-инфицированная.

Женщина, 30 лет, работница стриптиза.

Мальчик, 8 лет, единственный ребенок в семье, болен диабетом.

По окончании обсуждения каждая подгруппа озвучивает свое решение и аргументирует его».

Обсуждение.

«Пожалуйста, ответьте на три вопроса: Легко было принимать решение? Что повлияло на принятие решения? В чем вы видите смысл упражнения?»

Резюме тренера.

«При выборе кандидата на операцию вы руководствовались разными аргументами. Было видно, что вы старались быть справедливыми. И все-таки, может быть, невольно вы поставили оценку каждому человеку. А ведь врачи не имеют права ставить оценки за моральные качества. Они руководствуются совсем другим. Их выбор в данном случае будет основан на совместимости донорского органа и реципиента.

Принятие решения должно быть основано на объективных фактах, а не на социальных оценках.

Так бывает в жизни. Мы хотим быть справедливыми и при этом забываем, что не вправе судить других людей. Нам могут не нравиться их поступки, стиль жизни. Мы даже можем решить, что не хотим дружить с ними, но мы не можем судить их.

Если нам не нравятся их привычки, мы будем вести себя по-другому. Если нам не нравится, как человек строит свою жизнь, мы будем строить свою жизнь по-другому. Но это нам не нравится. А они имеют право.

Когда мы принимаем решение, мы не должны примерять на себя роль судьбы. Решения всегда лучше осуществлять, исходя из объективных обстоятельств, оставаясь терпимыми и толерантными к разным людям».

Упражнение «Четыре квадрата»

Цели: Развитие толерантности к себе и другим. Формирование положительного отношения к себе, принятия себя.

Время: 20 минут.

Вид. Упражнение-таблица.

Инструкция.

«Возьмите лист бумаги и разделите его на четыре квадрата.

В углу каждого квадрата поставьте цифры 1,2,3,4. (Ведущий показывает свой лист, разделенный на четыре части с пронумерованными квадратами).

1	2
3	4

Теперь в квадрате 1 напишите пять ваших качеств, которые вам нравятся и которые вы считаете положительными. Можете назвать качества одним словом, например, «находчивый», «надежный». А можете описать их несколькими словами, например, «умею по-настоящему дружить», «всегда довожу начатое дело до конца». После того как задание выполнено, тренер предлагает: «Теперь заполните квадрат 3: напишите в нем пять ваших

качеств, которые вам не нравятся, то есть вы считаете их негативными. Вы можете писать совершенно искренне, если вы не захотите, никто не узнает о том, что вы написали».

После того как заполнен квадрат 3, тренер предлагает: «Теперь внимательно посмотрите на качества, которые вы записали в квадрате 3, и переформулируйте их так, чтобы они стали выглядеть как положительные. Для этого вы можете представить, как эти качества назвал бы человек, который вас очень любит и которому в вас нравится все. Запишите переформулированные качества в квадрате 2».

После того как заполнен квадрат 2, тренер предлагает: «Теперь представьте, что вас кто-то очень не любит, и поэтому даже ваши положительные качества он воспринимает как отрицательные. Посмотрите на качества, записанные в квадрате 1, переформулируйте их в негативные (с точки зрения вашего врага) и запишите в квадрате 4».

После того как все квадраты заполнены, тренер предлагает: А теперь прикройте ладонью квадраты 3 и 4, и посмотрите на квадраты 1 и 2. Видите, какой замечательный человек получился! Теперь, наоборот, закройте ладонью квадраты 1 и 2, и посмотрите на квадраты 3 и 4. Жуткая картина! С таким человеком никто не захочет общаться.

А теперь посмотрите в целом на свой лист. Ведь на самом деле вы описали одни и те же качества. Это все вы. Только с двух точек зрения: с точки зрения друга и с точки зрения врага. Нарисуйте на пересечении квадратов круг и напишите в нем крупную букву „Я“».

Обсуждение. «Какое впечатление произвело на вас это упражнение? Какие качества было записывать и переформулировать легче, какие труднее?»

Резюме тренера.

«Получается, что это мы сами выбираем, как к себе относиться!

Мы можем относиться к себе, как враги, и тогда мы не будем любить себя, будем презирать себя и невольно вести себя в соответствии со своим соотношением. Мало того, его всегда безошибочно чувствуют другие люди и, к сожалению, часто начинают относиться к нам именно так, даже если них нет для этого объективных оснований.

А можем относиться к себе с уважением и любовью. Человек, который умеет относиться к себе хорошо, становится уверенным в себе и не старается изображать из себя кого-то, на которого вовсе не похож. Такой человек по-настоящему доброжелательно относится к другим, потому что он умеет увидеть в каждом ценные качества.

На самом деле, нет плохих и хороших качеств. Есть ситуации, в которых какое-то качество мешает, а есть ситуации, в которых то же качество помогает. Если так относиться к своим особенностям, мы сможем сами управлять их проявлениями, вместо того чтобы подчиняться им. И тогда мы сможем сказать: «Я использую свое качество, а не качество использует меня».

А теперь подумайте: как вы относитесь к другим людям? Есть ли люди, к которым вы относитесь так, будто перед вами только квадраты 3 и 4?

Вы можете потренироваться относиться к ним, исходя из квадратов 1 и 2. Постарайтесь выполнить это упражнение дома, описывая качества людей, которые вас раздражают. Вы увидите, как постепенно меняется ваше отношение к ним».

Пример заполнения квадратов

<p>1. Жизнерадостный, остроумный, люблю шутить. Всегда забочусь о своих друзьях. Люблю учиться. Все делаю аккуратно, люблю порядок. Находчивый, нахожу выход из любого положения.</p>	<p>2. Эмоциональный, искренне выражаю свои чувства. Динамичный, люблю быстрый темп жизни. Чувствительный, остро чувствую несправедливость. Лидер, умею привлечь внимание. Продумываю последствия, осторожный.</p>
<p>3. Несдержанный, иногда говорю то, о чем лучше промолчать. Нетерпеливый. Обидчивый. Выскочка, люблю быть в центре внимания. Трус, многого боюсь.</p>	<p>4. Несерьезный, шут гороховый. Навязчивый прилипала. «Синий чулок». Зануда. Самоуверенный ловкач.</p>

Комментарии для тренера. Иногда участники затрудняются в переформулировке своих качеств. Это происходит из-за устоявшегося отношения к ним. В таких случаях нужно помочь. Тренер может сделать это тихо, подойдя к участнику. Если же участник задает вопрос вслух и открыто называет качество, которое нужно переформулировать, этот процесс может стать увлекательной и веселой тренировкой для всей группы.

Ритуал прощания. Рисуем ладошки. Пишем добрые пожелания одним словом.

Занятие 3

« Скажи алкоголю «нет»

Цели: сформировать потребность в здоровом образе жизни, ознакомить с вредом алкоголя, помочь участникам более глубоко почувствовать и пережить ситуацию зависимости от алкоголя, помочь подростку выработать аргументированную позицию и навыки отказа.

План проведения:

Игра «Имитация» («Поезд»)

Ведущий. Игра проводится в круге. Для начала рассчитаемся на первый—второй. Первые номера — хлопок в ладоши, два притопа ногами. Вторые номера — два хлопка, один притоп. Движения повторяются по очереди: первый — второй — первый — второй и т.д. по кругу: имитируем стук колес поезда. Начали. Убыстрем темп. Еще быстрее.

Примечание. Кто-нибудь обязательно сбивается, и ведущий инициирует аплодисменты всех участников.

В детстве я хотел быть...

Цель упражнения: формирование в группе доверительных отношений, пробуждение интереса к теме профессионального самоопределения.

Каждому участнику в течение трех минут предлагается написать на карточке, кем он хотел быть в детстве и почему. Затем анонимные карточки сдаются ведущему, который их перемешивает и вновь раздает участникам в случайном порядке. Каждый участник должен

"вжиться" в полученный образ неизвестного автора, зачитать написанное, предположить, изменилось ли его мнение сейчас, когда он стал взрослее. Если изменилось, то почему? Остальные участники внимательно слушают, задают вопросы.

Социометрия

Цель упражнения: Позволяет участникам лучше познакомиться друг с другом и создает более доверительную атмосферу.

Участники свободно разбредаются по комнате. Ведущий дает задание: "Найдите друг друга те, у кого одинаковый цвет глаз" (варианты: "Те, у кого день рождения летом", "Те, в чьем имени 5 букв" и т.д.) Возможны другие варианты, когда участники объединяются в группы по месту проживания, знаку зодиака, любимому цвету и т.п.

Упражнение «Жертва и ответственность»

Цель: Обучение навыку отличать позицию жертвы от позиции ответственности.

Время: 20 минут.

Вид: Ролевая игра.

Материалы. Не требуются.

Инструкция.

«Как вы думаете, чем отличается ответственный человек от человека, который занимает позицию жертвы?

Выслушивает 3-4 ответа участников.

Главное отличие — ответственный человек думает о том, как разрешить трудную ситуацию, а человек-жертва всех обвиняет в своих бедах.

Сейчас мы выполним упражнение, в котором вам представится возможность изнутри почувствовать эти две позиции.

Разделитесь на пары. Каждый человек в паре опишет какую-нибудь историю из своей жизни с позиции жертвы, а потом с позиции ответственности. Потом вы поменяетесь ролями.

Для примера расскажу вам свою историю из двух позиций (тренер может выбрать любую историю).

Позиция жертвы: «Уже через три дня у меня будет очередной тренинг. Это какой-то кошмар! Время бежит, всем наплевать, что я не успеваю. Никто мне не хочет помочь. Нужно приготовить целую кучу материалов. Хоть бы кто-нибудь помог! Никому до меня нет никакого дела. Все заняты только собой. Тут у меня в боку закололо. Эти врачи... Никого они не могут вылечить... Назначили тренинг и даже меня не спросили, когда мне удобно. А я тут надрываюсь. Вот теперь из-за них у меня что-нибудь не получится, а я буду виновата. Все-таки, какие жестокие и бездушные люди!»

Позиция ответственности: «Уже через три дня у меня будет очередной тренинг. Работы много, времени мало, так что надо как-то все распределить. Может ли мне кто-нибудь помочь? Пожалуй, нет. Работы у всех много. Хорошо, тогда я сделаю так: вечерами буду готовиться, потом проведу тренинг, а потом позволю себе выходные дни. Отдохну на полную катушку».

Конечно, это не очень серьезная проблема. Она приведена только для примера. Теперь вы можете начать».

Обсуждение. «Поделитесь, как вы себя чувствовали в роли жертвы и в роли ответственного человека».

Резюме тренера.

«Когда мы чувствуем себя жертвой, многие ситуации кажутся нам безвыходными. Мы ждем, что кто-то решит нашу проблему, и обвиняем окружающих, если никто не хочет делать это за нас. Мы переживаем различные неудобства, они копятся, а мы все ждем. Что ж, мы имеем право занять позицию жертвы, но тогда должны знать, что жертвы проживают несчастную жизнь, чувствуют себя слабыми и беспомощными.

Но вот в чем парадокс: если мы сами выбираем позицию жертвы, то это означает, что сами создали себе такую жизнь. Получается, что как бы мы ни избегали ответственности, она все равно ложится на нас. Это происходит потому, что на самом деле избежать ответственности невозможно. Мы только можем сделать вид, что ничего не решаем и ни за что не несем ответственность. Но как только принимаем решение жить именно так, сразу несем ответственность за это решение».

Комментарии для тренера. Это упражнение не стоит слишком затягивать. Оно в большей степени предназначено для «вхождения» в тему. Дальнейшие упражнения дают возможность раскрыть ее более глубоко.

Упражнение «Прожектор»

Цели: Дети знакомятся здесь с небольшой красивой визуализацией, которая поможет им сосредоточиваться.

Инструкция: Что вы делаете, когда хотите специально сосредоточиться для выполнения домашнего задания? Закрываете ли вы дверь своей комнаты? Выключаете ли телевизор и магнитофон? Что вы делаете, если хотите сосредоточиться во время диктанта: дышите ли глубоко и спокойно, садитесь ли ровно и прямо?

Я хочу показать вам небольшой фокус, который поможет еще лучше сосредоточиться. Закройте глаза и сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Представь себе, что мысли в твоей голове — это лучи света, распространяющиеся в различных направлениях. А теперь пусть все лучи соберутся и светят, как в прожекторе, в одном и том же направлении. Пусть свет всех твоих мыслей объединится в один большой, красивый и мощный луч. Теперь ты в состоянии сосредоточиться на любом предмете.

Упражнение «Побег из тюрьмы»

Цель упражнения: Развитие способностей к эмпатии, пониманию мимики, языка телодвижений.

Участники группы становятся в две шеренги лицом друг к другу. Ведущий предлагает задание: "Первая шеренга будет играть преступников, вторая - их сообщников, которые пришли в тюрьму, для того чтобы устроить побег. Между вами звуконепроницаемая стеклянная перегородка. За короткое время свидания сообщники с помощью жестов и мимики должны "рассказать" преступникам, как они будут спасать их из тюрьмы (каждый "сообщник" спасает одного "преступника)". После окончания игры "преступники" рассказывают о том, правильно ли они поняли план побега.

Чувства - цель упражнения: анализ чувств помогает осознать то, насколько мы вовлекаемся при столкновении с проблемой зависимости другого человека.

Участникам предлагается вспомнить ситуацию, когда им приходилось общаться с человеком, находящимся в алкогольном или наркотическом опьянении. Возможно, это был кто-то из родственников или знакомых или просто человек, встретившийся вам на улице. Постарайтесь вспомнить чувства, которые вы испытывали, общаясь с ним. Затем участники общаются в парах и в течение 5 минут рассказывают друг другу о чувствах, которые они тогда испытывали. При этом один в течение этого времени рассказывает, а другой внимательно слушает, затем они меняются ролями. После этого участники возвращаются в круг и все вместе, под руководством ведущего, описывают те чувства, которые они испытывали в тот момент, когда рассказывали и когда слушали.

Возможный вариант:

Чувства говорящего: раздражение, возмущение, жалость, обида, презрение, недоверие, вина, ответственность и т.д.

Чувства слушающего: сочувствие, интерес, возмущение, отвращение, понимание, сожаление, уважение и т.д.

Зачем люди употребляют наркотики и алкоголь? (мозговой штурм)

Предлагается свободно высказаться по поводу причин, побуждающих человека употреблять алкоголь или наркотики. Ведущий фиксирует по мере поступления ответы на листе ватмана, поощряя к активности всех участников. Примерные варианты ответов могут выглядеть так: "Человек употребляет наркотики и алкоголь потому, что эти вещества помогают ему:

- снимать барьеры в общении;
- удовлетворять свое любопытство;
- снимать напряжение и тревожность;
- стимулировать активность;
- следовать принятой традиции;
- приобретать новый опыт".

В конце упражнения подводится итог и делается обобщение, задается вопрос о том, каково им сейчас вспоминать эти причины, что было трудно, были ли сделаны какие-то открытия. В ходе обсуждения целесообразно обратить внимание на то, какие человеческие потребности якобы удовлетворяются с помощью алкоголя и наркотиков и есть ли другие способы достичь того же эффекта. К примеру, человек употребляет алкоголь, чтобы снять психическое напряжение. Этого же можно достичь при помощи физических упражнений, прогулок, посещения дискотеки, разговора с другом и т.п.

Упражнение «Атомы и молекулы»

Ведущий предлагает участникам в течение двух минут побродить по комнате. В конце концов, должно образоваться четыре подгруппы любого размера. При этом ведущий ни в коем случае не задает принципов деления. Состав этих подгрупп становится темой дальнейшего обсуждения.

Что побудило тебя присоединиться именно к данной группе (человеку)? Что ты почувствовал, когда к тебе присоединились другие участники?

Упражнение «Трудная ситуация»

Цель; Практическая отработка навыков противостояния негативному давлению.

Время; 80 минут.

Вид; Ролевая игра.

Материалы; Карточки с описанием ситуаций — по одной карточке на каждую тройку участников.

Инструкция.

«Разделитесь на пары. Сейчас каждая пара получит карточку с описанием ситуации. Вам необходимо найти конструктивный и безопасный для жизни и здоровья выход из ситуации, а потом разыграть ее в виде сценки».

Содержание карточек.

Во дворе дома, где живет Алексей, к нему подошли двое знакомых - Андрей и Олег, - которых он уважает. Они предлагают Андрею принять участие в «разборке» с их одноклассником, потому что тот отказывается подчиняться требованиям Андрея и Олега. На «разборке» они предполагают «наказать» одноклассника, то есть избить его. Андрей не хочет вступать ни в какие разборки, кроме того, он с уважением относится к однокласснику Андрею и Олегу, так как тот осмелился противостоять таким агрессивным и грубым парням. Как поступить Андрею?

Володя - новичок в школе (лицее, колледже). Он чувствует себя одиноким, еще не нашел новых друзей. По дороге на занятия встретил Сашу и Вадима. Он знает, что они неформальные лидеры, некоторые ребята их даже боятся. Они пригласили Володю пойти домой к Саше и покурить «травки», убеждают Володю, что об этом никто не узнает. Как поступить Володе?

Леонид и Катя пришли на день рождения к Игорю. Они выпили шампанского, весело разговаривают, веселятся. Вдруг Игорь говорит, что шампанского явно недостаточно, и

достаёт литровую бутылку водки. Он активно начинает предлагать выпить. Леонид выпил рюмку, но Катя отказалась. Игорь заново наполнил рюмки. Катя просит Леонида не пить, но Игорь сказал: «Ты что, не мужчина? У меня, твоего друга, день рождения, а ты отказываешься! Ты же не хочешь стать подкаблучником?» Как поступить Леониду? В зависимости от поведения Леонида, как поступить Кате?

Денис пришел на дискотеку. Там он встретил двух приятелей - Егора и Артема. Так как Денис стеснялся приглашать девушек на танец, приятели сказали, что лучший рецепт - это выпить граммов 100-200. Денис стал отказываться. Тогда Егор и Артем стали уговаривать его: «Ты что как «ботаник»? Мужик ты или нет?! Выпей для храбрости! Будешь уверенным, девчонки на тебе пучками виснуть будут». Как поступить Денису?

Лена и Настя приехали к Оксане на дачу с ночевкой. Вечером Оксана предложила: «Давайте позовем моих знакомых парней, и пусть принесут пива. Можно развлечься!» Лена сразу согласилась и тоже стала уговаривать Настю. Настя не хочет общаться с этими парнями. Она знает, что они ведут себя довольно агрессивно и могут настаивать на сексуальном контакте. Что делать Насте?

Светлана приехала в гости к Рите. У нее дома оказался еще и Толя. Настроение у всех было не очень веселое, гости скучали. Толя предложил выпить, он принес с собой вино и угощал девушек. Светлана согласилась. Но Рита не хотела к ним присоединиться. Как поступить Рите?

Обсуждение.

После каждой сценки: «Насколько удачно был найден выход? Какие еще варианты могут предложить другие участники для выхода из ситуации?»

В конце упражнения: «Чем именно вам было полезно это упражнение?»

Резюме тренера. «В жизни часто случаются ситуации, из которых трудно выйти, не испортив отношения. Но каждый раз, когда на вас начинают давить и уговаривать, вспоминайте, что, пережив какой-то период дискомфорта и при этом асертивно выйдя из ситуации, вы прокладываете вектор в то будущее, которое вас больше устроит и которое вы выбрали сами, а не подчинились навязанным предпочтениям других».

Упражнение «Госты»

Цель упражнения: Позволить в игровой форме исследовать ситуацию "соблазнения". Участие в обсуждении даст возможность подростку выработать аргументированную позицию и навыки отказа.

Участникам группы предлагается придумать десять поводов для того, чтобы пригласить своего приятеля к выпивке.

Далее группа делится на пары и предлагается следующая инструкция: один участник последовательно зачитывает свои предложения, а его партнер должен отказаться, находя убедительные аргументы, этот вариант отказа первый участник записывает рядом с предложенным тостом; через 5-7 минут, когда аргументы первого участника закончатся, партнеры меняются ролями. Во время общего обсуждения участникам предлагается ответить на два вопроса:

- Какие варианты отказа были для вас наиболее убедительными?

- Что внутри вас помогало вам отказаться?

Упражнение "Портрет алкоголика"

Цель упражнения: Помочь участникам более глубоко почувствовать и пережить ситуацию зависимости от алкоголя.

Участникам раздается бумага и карандаши. Ведущий объявляет задание: "Нарисуйте "портрет алкоголика". Это не обязательно должно быть изображение человека, просто постарайтесь в рисунке передать те чувства, которые возникают у вас, когда вы вспоминаете об алкоголиках". После того как участники закончат работу, рисунки раскладываются внутри круга и они делятся своими впечатлениями.

По завершении обсуждения можно провести своеобразный конкурс на то, кто «быстрее распрощается со своим алкоголиком». Для этого в центр круга ставится мусорная корзина. Участники с одинакового расстояния должны попасть скомканным рисунком в эту корзину. При этом, если участник не попал, он берет свой комок и отходит на исходную позицию.

Упражнение «Прощание».

Занятие 4

«Учимся общаться эффективно»

Цели: Выработка аргументированной позиции и навыков отказа; развитие мышления для решения жизненных затруднения; обучение ассертивному поведению.

План проведения:

Упражнение «Мы с тобой похожи»

Это разминка и одновременно тренинг толерантного восприятия окружающих людей. Тренер предлагает участникам встать в два круга — внутренний и внешний. Внутренний круг будет стоять на месте, а внешний передвигаться вправо. Участники внутреннего круга стоят лицом к участникам внешнего круга напротив друг друга.

Когда участники выстроятся, тренер предлагает каждому в паре произнести и продолжить фразу: «Мы с тобой похожи тем, что...» После того как каждый партнер произнесет и закончит эту фразу, участники внешнего круга сдвигаются по кругу вправо, встают напротив следующего участника внутреннего круга и упражнение повторяется.

Упражнение заканчивается, когда каждый участник скажет эту фразу всем участникам.

Упражнение «Толкалки»

Цели: С помощью этой игры дети могут научиться анализировать свою агрессию через игру и позитивное движение. Они могут научиться соизмерять свои силы и использовать для игры все свое тело. Они могут научиться следовать правилам и контролировать энергичность своих движений.

Инструкция:

Разбейтесь на пары. Встаньте на расстояние вытянутой руки друг от друга. Поднимите руки на высоту плеч и обопритесь ладонями о ладони своего напарника. По моему сигналу начните толкать своего партнера ладонями, стараясь сдвинуть его с места. Если же ваш партнер сдвинет вас назад, постарайтесь вернуться на свое место. Поставив одну ногу назад, вы получите великолепную опору. Будьте внимательны, никто никому не должен причинить боль. Не толкайте своего партнера к стене или на какую-либо мебель. Если вам надоест или вы устанете, крикните: "Стоп!". Когда "Стоп!" крикну я, все должны остановиться.

Ну что, готовы? Внимание! Начали!

Пусть сначала дети пару раз потренируются. Когда они немного освоятся с игрой и в группе воцарится более открытая атмосфера, Вы можете попросить детей выбрать себе партнера, на которого они когда-либо сердились.

Время от времени можно вводить новые варианты игры. Например, дети могут толкаться, скрестив руки крест-накрест: левой толкать рукой левую руку партнера, а правой - правую. Дети могут толкаться спиной к спине, держась при этом за руки для лучшего равновесия. Также дети могут, наклонившись в разные стороны, толкаться ягодицами.

Анализ упражнения:

- Насколько тебе понравилась игра?
- Кого ты выбирал себе в партнеры?
- Ты толкался изо всех сил?
- Когда вы играли, ты больше толкал партнера или больше сопротивлялся?
- Вы с партнером оба действовали честно?
- Что ты придумал, чтобы победить?
- Ты толкался во всю силу или сдерживал себя?

— Что ты сейчас чувствуешь по отношению к своему партнеру?

Упражнение «Табу»

Цель упражнения: Помочь участникам понять, как они относятся к разным запретам и ограничениям. Нередко любопытство или желание изведать запретный плод или стремление продемонстрировать свою смелость руководят подростком в его поступках. Хорошо, когда он знает, какие чувства им управляют, это позволяет сделать осознанный выбор.

Ведущий ставит в центре круга небольшую шкатулку или коробочку, в которой находится неизвестный предмет. "Там лежит то, что нельзя", - говорит ведущий. Затем он предлагает каждому как-то проявить себя в отношении этого предмета. Участники могут вставать или оставаться на месте, выражая отношение мимикой или жестами; они могут подходить к шкатулке, брать ее в руки, заглядывать внутрь, - каждый поступает так, как считает это нужным. Даже если кто-то останется на месте, ничего не предпринимая, - это тоже будет способом реагирования на ситуацию. При выполнении упражнения важно помнить, что это упражнение действия, а не объяснение, поэтому, если кто-то будет пытаться просто рассказать словами о своей позиции, задача ведущего побудить его "показать" свое отношение.

Информирование.

Ассертивность — способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него. В обычной жизни модель поведения большинства людей тяготеет к одной из двух крайностей: пассивности либо агрессии. В первом случае человеком, который добровольно принимает на себе роль жертвы, руководит неуверенность в себе, страх перед лицом перемен или, наоборот, опасения потерять то, что уже нажито. Во втором — явное или завуалированное желание манипулировать окружающими, подчиняя их своим интересам. Агрессор руководствуется принципом «ты мне должен, потому что я сильнее», жертва — «ты мне должен, потому что я слабый, а слабых нужно поддерживать». В отличие от этих двух распространенных типов коммуникации ассертивное поведение (assertiveness) опирается на кардинально иной принцип: «я тебе ничего не должен, и ты мне ничего не должен, мы партнеры».

Принципы ассертивного поведения

Принятие на себя ответственности за собственное поведение. По своей сути ассертивность - это философия личной ответственности. То есть речь идет о том, что мы ответственны за свое собственное поведение и не имеем права винить других людей за их реакцию на наше поведение.

Демонстрация самоуважения и уважения к другим людям. Основной составляющей ассертивности является наличие самоуважения и уважения к другим людям. Если вы не уважаете себя, то кто тогда будет уважать вас?

Эффективное общение. В данном случае главными являются три следующих качества; честность, открытость и прямота в разговоре, но не за счёт эмоционального состояния другого человека. Речь идет об умении сказать то, что вы думаете или чувствуете относительно какого-либо вопроса, не расстраивая при этом своего партнера по общению.

Демонстрация уверенности и позитивной установки. Ассертивное поведение предполагает развитие уверенности и позитивной установки. Уверенность в себе связана с двумя параметрами: самоуважением и знанием того, что мы профессионалы, хорошо владеющие своим ремеслом.

Умение внимательно слушать и понимать. Ассертивность требует умения внимательно слушать и стремления понять точку зрения другого человека. Все мы считаем себя хорошими слушателями, но возникает вопрос, как часто мы, слушая другого человека, переходим от фактов к предположениям, и как часто мы перебиваем других для того, чтобы побыстрее изложить свою точку зрения?

Переговоры и достижение рабочего компромисса. Стремление к достижению рабочего компромисса — очень полезное качество. Подчас возникает потребность найти такой выход из сложившейся ситуации, который бы устраивал все стороны, в ней задействованные.

Также вы имеете право:

- выражать чувства;
- выражать мнения и убеждения;
- говорить «да» или «нет»;
- менять мнение;
- сказать «я не понимаю»;
- быть самим собой и не подстраиваться под других;
- не брать на себя чужую ответственность;
- просить о чем-либо;
- устанавливать собственные приоритеты;
- рассчитывать на то, чтобы вас слушали и относились к вам серьёзно; ошибаться;
- быть нелогичным, принимая решения;
- сказать «мне это безразлично».

Упражнение «Три способа сказать „НЕТ“»

Цель; Обучение моделям ассертивного отказа.

Время; 30 минут.

Вид; Ролевая игра.

Объяснение тренера.

«Сейчас мы познакомимся с некоторыми формулами, которые называются «цивилизованный ассертивный отказ».

Формулы цивилизованного отказа:

Отказ-опасение.

Например: «Боюсь, что это невозможно».

Отказ-сожаление.

Например: «Мне очень жаль, но я не смогу этого сделать»:

«Мне очень не хочется вас огорчать, но мой ответ отрицательный».

Отказ-вынужденность.

Например:

«Я вынужден (а) отказаться от этого предложения»;

«Увы! Другие мои обязательства требуют, чтобы я отказался»;

«Придется мне все же ответить отказом».

Вот было бы хорошо, если бы все люди разговаривали именно так. Но, вероятно, трудно представить себе подростков, которые говорят такими фразами между собой. Поэтому, рассказав о формах цивилизованного отказа, сосредоточимся на других аспектах и настроимся на речь, более свойственную подрастающему поколению.

Ассертивность цивилизованного отказа заключается в выборе подходящей для ситуации форме высказывания. Эта форма может быть:

категорически краткой — «нет» без аргументов;

«нет» в одной из форм цивилизованного отказа с аргументами (собеседнику сообщаются причины, по которым ему отказывают);

«нет» в одной из форм цивилизованного отказа с аргументами и предложением чего-либо другого.

Инструкция.

«Чтобы научиться выбирать нужную форму, давайте выполним упражнение.

Разделитесь на пары.

Сейчас один из вас будет настойчиво просить о чем-то. Другой будет отказывать:

сначала он будет говорить «нет» без аргументов;
потом «нет» в одной из форм цивилизованного отказа с аргументами;
а потом «нет» в одной из форм цивилизованного отказа с аргументами и предложением чего-либо другого. Переходить к каждой форме можно только по моему сигналу».

Тренер подает сигнал к переходу через каждые 3 минуты.

После выполнения партнеры меняются ролями.

Обсуждение. «Поделитесь впечатлениями от выполнения упражнения. Какую форму отказа вам было воспринять легче всего? Какая форма больше всего раздражала? И в какой форме вам было легче всего отказывать?»

Резюме тренера.

«Вы сами почувствовали, какая форма отказа вызывала у вас принятие, а какая раздражала. И не у всех это одинаково. Так что вы можете подбирать каждый раз ту форму, которая кажется вам наиболее подходящей в конкретных обстоятельствах и с конкретными людьми.

Если в ответ на отказ человек продолжает настаивать, вы можете использовать метод «Заезженная пластинка». Это значит, нужно повторять одну и ту же фразу с одной и той же интонацией и не поддаваться ни на какие другие убеждения и провокации. Мы не будем этот метод отрабатывать, поскольку он состоит лишь в постоянном повторении».

Комментарии для тренера.

Если участники затрудняются с просьбой можно предложить:

«Ты уже написала свою работу. Помогите мне, а то я не успеваю».

«Дай мне, пожалуйста, взаймы 1000 рублей. Я верну через неделю».

«Дай поносить твою куртку».

Упражнение «Пинг-понг»

Цель; Обучение методам ассертивного противостояния негативному и навязчивому влиянию.

Время: 20 минут.

Вид. Ролевая игра.

Рассказ тренера.

«Сейчас мы освоим еще одну формулу ассертивного поведения. Она называется «Метод парадоксального согласия» или «Пинг-понг». Пинг-понг - это игра, где мяч отскакивает от ракетки противника и снова направляется к нему. Это основной смысл приема. Когда кто-то пытается уколоть вас, заставить вас чувствовать себя неуверенно, чтобы вы, например, изменили принятое решение, или просто обидеть вас, или разозлить, вы можете вместо ожидаемого возмущения или смущения ответить парадоксальным согласием. То есть вы не возражаете, но делаете это так, что и не соглашаетесь. Тогда злые намерения противника не достигают своей цели, и ему просто нечего возразить.

Например:

Отлично! Ты, как всегда, сделал все отвратительно!

Ты так считаешь? Я подумаю об этом.

С вашими способностями вам лучше всего сидеть дома.

Да, можно и дома, можно и использовать их в деле.

Ты вечно устраиваешь бардак на столе!

Да, я часто делаю это.

Инструкция.

«Теперь давайте потренируемся в парах. Первый партнер делает следующие два выпада:

«Нельзя быть такой (таким) занудой».

«Ты помешан (а) на опасностях. У тебя просто паранойя».

Второй партнер отвечает приемом парадоксального согласия (пинг-понга).

Затем вы меняетесь ролями. Теперь другой партнер делает два выпада:

«У тебя замечательные духи. Уже из коридора чувствуешь запах».

«Вечно тебе больше всех надо!»

Ему тоже нужно ответить парадоксальным согласием».

Обсуждение. Поделитесь впечатлениями от упражнения.

Резюме тренера.

«Ассертивные приемы - очень сильное оружие, и пользоваться им нужно правильно и с умом.

Во-первых, при их использовании вы должны говорить и выглядеть совершенно спокойными - иначе их смысл исказится, и они перестанут работать. Во-вторых, нужно думать, когда и против кого вы их используете. Например, если директор говорит вам, что нужно выполнить какую-то работу, вы, конечно, можете попробовать ответить ему цивилизованным отказом с аргументами. Но если он настаивает, вряд ли стоит применять к нему игру в пинг-понг. Скорее всего, это обернется против вас.

Ассертивное поведение предполагает, что ваша задача - поступать уверенно и с наилучшим результатом. Так что, как и другие приемы, оно требует, прежде всего, оценки ситуации».

Упражнение «Водопад»

Цели: Эта игра на воображение также поможет детям расслабиться.

Инструкция: Сядьте поудобнее и закройте глаза. Два-три раза глубоко вдохните и выдохните...

Представь себе, что ты стоишь возле водопада. Но это не обычный водопад. Вместо воды в нем падает вниз мягкий белый свет. Теперь представь себя под этим водопадом и почувствуй, как этот прекрасный белый свет струится по твоей голове... Ты чувствуешь, как расслабляется твой лоб, затем рот, как расслабляются мышцы шеи.

Белый свет течет по твоим плечам, затылку и помогает им стать мягкими и расслабленными.

Белый свет стекает с твоей спины, и ты замечаешь, как и в спине исчезает напряжение, и она тоже становится мягкой и расслабленной.

А свет течет по твоей груди, по животу. Ты чувствуешь, как они расслабляются, и ты сам собой, без всякого усилия, можешь глубже вдыхать и выдыхать. Это позволяет тебе ощущать себя очень расслабленно и приятно.

Пусть свет течет также по твоим рукам, по ладоням, по пальцам. Ты замечаешь, как руки и ладони становятся все мягче. Свет течет и по ногам, спускается к твоим ступням. Ты чувствуешь, что и они расслабляются и становятся мягкими.

Этот удивительный водопад из белого света обтекает все твое тело. Ты чувствуешь себя совершенно спокойно и безмятежно, и с каждым вдохом и выдохом ты все глубже расслабляешься и наполняешься свежими силами... (30 секунд.)

Теперь поблагодари этот водопад света за то, что он тебя так чудесно расслабил... Немного потянись, выпрямись и открой глаза.

Упражнение «Концентрические круги»

Цели: В ходе данного упражнения дети могут сконцентрироваться на позитивных сторонах своей личности и рассказать о них остальным. Эта игра развивает самосознание ребенка и предоставляет ему возможность сравнить себя с окружающими.

Инструкция.

Расставьте, пожалуйста, стулья по кругу в два ряда так, чтобы они стояли друг напротив друга и были повернуты друг к другу. А теперь, пожалуйста, рассаживайтесь. Я буду задавать вам тему для беседы. Два партнера, сидящие друг напротив друга, могут поговорить на эту тему. Через две минуты ученики, сидящие во внутреннем круге, должны

будут передвинутся на одно место влево, тем самым они окажутся уже напротив других людей.

Первая тема звучит так: "Что я умею хорошо делать?" (2 минуты.)

Завершайте беседу. Пусть дети из внутреннего круга сейчас передвинутся на один стул влево.

Следующая тема для беседы: "Что интересного я могу придумать?" (2 минуты.)

Другие темы для обсуждения:

- Человек, который принимает меня таким, какой я есть...
- Как я реагирую на критику в мой адрес...
- Место, в котором я могу хорошо отдохнуть...
- Успехи, которых я достиг в своей жизни...
- Очень важная для меня цель...
- Что во мне ценят другие...
- Чем я горжусь в себе...
- Риск, на который я когда-то пошел...
- Лучшее переживание в моей жизни...
- Мои любимые дела...
- Кто меня уважает и ценит...
- Ситуация, в которой я был очень собой доволен...
- Самые приятные каникулы в моей жизни...
- Самая большая радость, которую я кому-либо доставил...
- Болезнь, которую я стойко перенес...
- Самое лучшее в моей семье...
- Самое лучшее в нашем классе...

Анализ упражнения:

- О чем ты больше всего любишь говорить?
- На какую тему тебе труднее говорить?
- Что нового узнал ты о своих одноклассниках?
- Какое настроение у тебя сейчас?

Занятие 5

«Я хозяин своей жизни»

Цель: Изучение личного окружения, ситуаций, которые оказывают на человека определенное влияние, поиск внутренних ресурсов, повышение уровня ответственности за свою жизнь.

Принцип занятия: «Я на 100% отвечаю за свою жизнь»

Упражнение «Приветствие».

Сегодня мы продолжим знакомство и сделаем это следующим образом.

Стоящий в центре круга предлагает поменяться местами всем тем, кто обладает каким-то умением, это умение он называет (поменяйтесь все те, кто умеет плавать), при этом тот, кто стоит в центре круга постарается занять одно из освободившихся мест, а тот кто останется, продолжит игру.

Используем это упражнение для того, чтобы лучше узнать друг друга.

Обсуждение «Что такое Я»

Психолог предлагает обсудить в малых группах, а затем всем вместе «Что такое Я».

Резюме: Я – это чувства, мысли, тело, поступки, желания, мечты, душа, характер...

Упражнение «Я – это ...» «Какой я?»

Подросткам дается задание написать в рабочих тетрадях 10 предложений «Я – это...», дополнив их существительными, характеризующими их. Затем 10 предложений «Какой Я?», дав ответ в виде прилагательных.

Реальное, идеальное, зеркальное Я.

Лекционный материал психолога.

Я – реальное: внешность, поступки, способности, качества, мысли, чувства, ценности, мечты и т. д., осознающиеся человеком.

Я – идеальное: представления о внешности, способностях, качествах, которые хотелось бы иметь.

Я – зеркальное: представление других людей о тебе, твоих качествах, способностях, поступках, мыслях.

Релаксация

Цели: Эта игра представляет собой прекрасную комбинацию воображения и физического действия. Она дает детям возможность расслабиться и набраться оптимизма. Они могут здесь не просто потянуться физически, но и укрепить свою уверенность в том, что они способны достигать цели.

Инструкция: Встаньте поудобнее и закройте глаза. Сделайте три глубоких вдоха и выдоха...

Представь себе, что над тобой ночное небо, усыпанное звездами. Посмотри на какую-нибудь особенно яркую звезду, которая ассоциируется у тебя с твоей мечтой: желанием что-либо иметь или кем-либо стать... (15 секунд.)

Теперь открой глаза и протяни руки к небу, чтобы дотянуться до своей звезды. Старайся изо всех сил! И ты обязательно сможешь достать рукой свою звезду. Сними ее с неба и бережно положи перед собой в красивую просторную корзинку... (Когда у всех детей "звезды будут лежать в корзинках", можно продолжить дальше).

Опусти руки и закрой глаза. Выбери прямо у себя над головой другую сверкающую звездочку, которая напоминает тебе о другой твоей мечте... (10 секунд.)

Теперь открой глаза, потянись обеими руками как можно выше и достань до неба. Сорви эту звезду с неба и положи в корзинку к первой звезде...

Продолжайте в том же духе и дайте детям сорвать с неба еще несколько звезд. Посоветуйте им дышать так: делать глубокий вдох, когда они тянутся за звездой, и выдох, когда они достают ее и кладут в корзину. Групповая сплоченность может возрасти, если после игры каждый расскажет о какой-нибудь из своих звезд и объяснит, что она для него значит.

Упражнение «Я - высказывания»

Дополните следующие предложения: «Я чувствую..., я делаю..., я думаю..., я испытываю...» Поразмышляйте: «Что происходит со мной сейчас?». Спросите себя: «А чего я хочу на самом деле?».

Упражнение «Молекулы»

Все подростки – атомы, они двигаются спонтанно. По сигналу ведущего соединяются в молекулы по 2,3, 4, 5 атомов определённым способом. Можно соединяться локтями, ладонями, коленками.

Упражнение «Мир чувств»

Психолог предлагает каждому участнику выбрать две карточки (жёлтую и зелёную), на которых обозначены чувства.

Жёлтые карточки: радость, надежда, удивление, удовольствие, любовь, восторг, гордость, спокойствие, доброта, смелость, дружелюбие, уверенность.

Зелёные карточки: печаль, горе, злость, раздражение, страх, месть, ненависть, равнодушие, жадность, обида, хитрость, зависть.

Подростки по очереди невербально изображают чувства.

После упражнения проводится рефлексия:

- какое чувство было легче показать?

- какие трудности возникали при пантомиме?

- что помогло справиться с заданием.

Упражнение «Список удовольствий»

Запишите не менее 30 удовольствий в столбик. Это могут быть любой предмет, действие, которые приносят вам удовольствие. (Например: игра в волейбол, сауна, сидеть на теплом песке пляжа, съесть шоколадку и т.д.) Затем спросите себя: «Все ли удовольствия полезны для здоровья?» «Сколько раз за последнюю неделю я получал (а) это удовольствие?» «Каких удовольствий было больше «полезных» или «вредных»?»

Игра «Слон, пальма, крокодил»

Давайте встанем в круг и поиграем в одну весёлую игру. Сначала я расскажу, как нужно будет показывать три фигуры. «Слон» - левой рукой взять себя за нос, правую продеть в образовавшуюся петлю. Соседи справа и слева изображают уши слона, расставив руки. «Пальма» - встать на цыпочки, руки вверх, кончики пальцев сомкнуты. Соседи машут руками – это ветки пальмы. «Крокодил» - двумя руками изображает пасть, соседи лапки – расставленными кистями рук. Теперь я в очень быстром темпе буду называть одну из трёх фигур и при этом показывать на любого из вас. Этот игрок должен быстро сориентироваться и изобразить названную фигуру. А его соседи – помочь ему.

Упражнение «Ассоциации»

Подростки пишут названия праздника, сладости, цвета, с которыми себя ассоциируют. Листы собираются, зачитываются, задача группы – узнать автора.

Упражнение «Прошлое, настоящее, будущее»

Нарисуйте 3 больших круга на листе бумаги, отметив любым удобным для вас символом или знаком каждый из них соответственно: этот круг прошлое, этот – настоящее, этот – будущее. Вспомните и напишите или нарисуйте в каждом круге 5 – 7 событий, которые имели, имеют или могут иметь для вас наиболее важное значение, влияние в жизни. Подумайте, какие перемены принесли, принесут в вашу жизнь эти события.

Выберите 5 самых значимых событий из вышеперечисленных вами и отметьте отношение к этим событиям в вашей жизни других людей. Используйте таблицу:

	Событие	Кто помогал больше всего?	Что помогало больше всего?	Кто мешал больше всего?	Что мешало больше всего?	Кого порадовало больше всего?	Кого огорчило больше всего?

Упражнение «Мечта»

Запишите список своих желаний и поразмышляйте о планах их успешного достижения. Представьте себя обладающим тем, чего вы хотите в жизни, радостным и счастливым. Помните правило: «Ваше желание должно касаться только вас и приносить радость вам и другим людям».

Подведение итогов тренинга, рефлексия.

- Что дали мне занятия?

- Что я узнал нового?

- С какими мыслями, чувствами я покидаю тренинговую группу?

Притча

Когда – то старый индеец открыл своему внуку одну важную жизненную истину:

- В каждом человеке идёт борьба, очень похожая на борьбу двух волков. Один волк представляет зло – зависть, ревность, сожаление, эгоизм, амбиции, ложь. Другой волк добро

– мир, любовь, надежду, истину, милосердие, верность. Эта борьба идёт внутри постоянно между обидой и прощением, ненавистью и любовью, пустотой и творчеством.

Маленький мальчик, тронутый до глубины души словами деда, на несколько мгновений задумался, а потом спросил:

- А какой волк в конце побеждает?

Старый индеец едва заметно улыбнулся и ответил:

- Всегда побеждает тот волк, которого ты кормишь.

Обсуждение.

Верьте в себя.

Вы – самое большое сокровище.

Для вас нет ничего невозможного.

Ваши достижения определяются

Собственными желаниями

Верьте в своё занятие,

Мечтайте, о чём хотите мечтать

Будьте тем, кем желаете быть

Поверьте в свои силы!

Ритуал прощания.

Фотоотчет о реализации программы комплексной психолого-педагогической коррекции подростков с аддиктивными формами поведения «Остров надежды»



























Министерство образования
и молодежной политики
Свердловской области



ГБУ СО «Центр психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи
«Лад»»



Федерация психологов образования
России региональное отделение
Свердловской области

Благодарственное письмо

*Ананянц Диане Рудольфовне,
директору КОУ МО для детей, нуждающихся в психолого-
педагогической и медико-социальной помощи,
«Центр психолого-педагогической реабилитации,
коррекции и образования «Ариадна»*

*Уважаемая Диана Рудольфовна!
Примите слова признательности и благодарности
за активную работу в региональной конференции
по профилактике аддитивных форм поведения
несовершеннолетних «Современные подходы к профилактике
аддиктивного поведения несовершеннолетних»,
которая состоялась 29 сентября 2020 года*

Заместитель Министра
образования и молодежной
политики Свердловской области

Ю.И. Зеленев

Директор ГБУ СО «ЦЕНТРАМСТ «Лад»,
председатель регионального
отделения Свердловской области
ФПО России

М.В. Пестова

