

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
(НЗ Нации)

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Стандарты реабилитации

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2012

Авторы: Баркова Н.П., Ванкон И.Г.

Серия изданий «Правовая наркология» является результатом программы, реализованной Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) за средства субсидии из федерального бюджета, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации в соответствии с приказом № 716 от 8 декабря 2011 г.

Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О.В.Зыкова.
Выпуск 3. Стандарты реабилитации. – М: РБФ НАН, 2012. – 222 с.

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. Разработка Стандарта третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ	7
1. Организация реабилитационного процесса	13
2. Содержание Программы реабилитации.	15
3. Этапы проведение Программы социальной реабилитации и критерии оценки ее эффективности.....	19
Глава 2 Требования к Организациям, занимающимся реабилитацией лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с зависимостью от ПАВ	23
1. Нормативные требования.....	24
2. Принципы деятельности Организаций.....	26
3. Виды деятельности Организации в сфере противодействия распространению наркомании.....	26
4. Необходимый перечень в Организации форм социальной помощи зависимым от ПАВ	27
5. Критерии качественной оценки Организаций, занимающихся социальной реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых.	29
Глава 3 Семья в формировании «донаркотической» личности и созависимых отношений	36
Глава 4 Профилактика и коррекция созависимых отношений	52
Глава 5 Психодиагностика в Программе реабилитации	64
Глава 6 Адаптация и ресоциализация наркозависимых, участвующих в Программе реабилитации	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
ЛИТЕРАТУРА	92
ПРИЛОЖЕНИЯ	103

ВВЕДЕНИЕ

Современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота и немедицинского потребления наркотиков, таких как героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда, лекарственных препаратов, обладающих психотропным воздействием.

Наркомания имеет эпидемиологический характер распространения.

По оценкам экспертов, наркоман ежегодно вовлекает в наркопотребление от 3 до 5 человек из своего окружения.

Масштаб распространения наркотиков на территории России за последние 5 лет позволяет сделать вывод о том, что наркомания проникла во все сферы общества, включая образовательные учреждения и технологически опасные производства, что повлекло усиление негативных тенденций, таких как устойчивое сокращение численности молодого трудоспособного населения.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, уровень распространенности наркомании по всем возрастным группам остается стабильно высоким.

Следует учитывать, что в формах статистического учета Минздравсоцразвития регистрируется лишь часть потребителей наркотиков. От первой пробы наркотика до обращения больного за медицинской помощью, по данным врачей-наркологов, проходит в среднем 3–4 года.

Уровень первичной заболеваемости наркоманией, как среди всех категорий населения, так и в молодежной среде неуклонно растет.

При оценке сегодняшней наркологической ситуации в России в подростково-молодежной среде прослеживаются следующие тенденции:

1. Стабилизация на высоком уровне числа лиц подросткового возраста, злоупотребляющих наркотиками и психоактивными веществами.
2. Снижение возраста начала наркопотребления.
3. Стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа лиц женского пола, злоупотребляющих наркотиками и психоактивными веществами.
4. Продолжающийся рост распространенности наркомании.
5. Расширение спектра потребляемых наркотиков.

Больные наркоманией, как правило, нигде не работают и, таким образом, фактически исключаются из экономической деятельности.

В употребление наркотиков, в основном, вовлечена группа граждан в возрасте от 14 до 40 лет, что наносит экономический, демографический и социальный ущерб государству.

Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (от 6 февраля 2012 года) разработана и утверждена Государственная программа Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков», цель которой: существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства.

В Программу включены итоги заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 18 апреля 2011 г. Президент Российской Федерации, (кроме всего прочего) дал поручения от 28 апреля 2011 г. № Пр-1151 ГС:

- об обеспечении принятия государственных программ в сфере развития здравоохранения, образования, социальной поддержки населения и противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ, соответствующих подпрограмм и ведомственных целевых программ, предусмотрев в них комплекс мер, направленных на противодействие употреблению наркотиков, включая меры по формированию мотивации к освобождению от наркотической зависимости, по обеспечению профессиональной востребованности и занятости молодёжи, по повышению культурного уровня лиц, допуская немедицинское употребление наркотических средств и психотропных веществ, прошедших курс лечения от наркотической зависимости, по их медико-социальной реабилитации и ресоциализации;
- об организации с привлечением негосударственных реабилитационных центров национальной системы медико-социальной реабилитации и ресоциализации лиц, в том числе несовершеннолетних, прошедших курс лечения от наркотической зависимости;
- о разработке и утверждении федеральных стандартов оказания медицинской помощи лицам, употребляющим наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, включающих медико-социальную реабилитацию;
- о разработке механизма государственной поддержки общественных и религиозных организаций, успешно занимающихся воспитанием, социализацией молодёжи, профилактикой наркомании и медико-реабилитационной деятельностью;
- о разработке комплексного плана по противодействию международному наркотрафику;
- о разработке региональных программ, предусмотрев комплекс мер, направленных на повышение эффективности оказания наркологиче-

ской помощи населению, включая совершенствование соответствующей материально-технической базы, развитие учреждений дополнительного образования детей, а также центров медико-социальной помощи, психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних.

Учитывая вышеизложенное, возникла необходимость в создании единого Стандарта Программы третичной профилактики наркозависимости, которая обеспечила бы эффективную реабилитацию и ресоциализацию лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением ПАВ.

Вне сомнений, Стандарт Программы должен быть разработан в рамках Правовой наркологии, с учетом требований к Организациям, работающим в сфере реабилитации и на основании результатов многолетних исследований, подтверждающих ее эффективность.

Авторы монографии готовы поделиться многолетним опытом работы в сфере третичной профилактики наркомании. Результаты многочисленных научных исследований, подтверждающих эффективность, выбранного нами подхода к реабилитации и ресоциализации, легли в основу разработки Стандарта Программы.

Глава 1.

Разработка Стандарта третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ

Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления алкоголя или наркотиков.

Современное состояние системы реабилитации лиц, больных наркоманией, определяется:

- неразвитостью нормативной правовой базы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- недостаточным финансированием реабилитационного звена наркологической медицинской помощи за счет государственного бюджета, вследствие чего наиболее активно реабилитацией наркологических больных занимаются негосударственные организации, в большинстве своем общественные;
- незначительным числом государственных наркологических реабилитационных центров, а также реабилитационных отделений в структуре действующих наркологических учреждений и низким уровнем их кадрового обеспечения;
- отсутствием четкой системы мотивации больных алкоголизмом и наркоманией к участию в реабилитационных программах, неразработанностью критериев отбора участников для включения в программы реабилитации; недостаточной эффективностью медико-социальных мероприятий, обеспечивающих восстановление духовных ресурсов личности больных алкоголизмом и наркоманией и его дальнейшую интеграцию в общество;
- отсутствием системы государственных мер, стимулирующих деятельность по социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

Стратегической целью государственной политики в сфере реабилитации наркологических больных является формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность к эффективным программам реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, восстановление их социального и общественного статуса, улучшение качества и увеличе-

ние продолжительности жизни больных алкоголизмом и наркоманией.

Вопрос о критериях, качестве и стандартах реабилитации сегодня стоит очень остро. Не создана государственная сеть реабилитации. Количество отделений медицинской и социальной реабилитации удручающе мало. При этом очевидным является тот факт, что данные социальные услуги пользуются огромным спросом населения. Их оказывают сотни негосударственных организаций. Эти организации имеют либо религиозную чаще всего христианскую направленность, либо используют подход «12 шаговой» программы Анонимных алкоголиков и наркоманов, в которой формулируется понятие о Боге и нравственных ценностях. Помощь оказывают либо священнослужители и проповедники из близлежащих общин, либо трудятся так называемые «бывшие» или выздоравливающие наркоманы. Десятки тысяч наркологических больных регулярно прибегают к их услугам. Есть у общественников и неоспоримые преимущества. Однако, существует много претензий, которые предъявляют общественным реабилитологам, часто обоснованно.

Одна из основных проблем это отсутствие координации между государственными и общественными структурами. Нет общих подходов, нет стандарта программы реабилитации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением ПАВ.

На сегодня в рамках Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации сложились самые благоприятные перспективы для устранения межведомственных противоречий и нормативных пробелов между социальной защитой и здравоохранением в области реабилитации наркозависимых. О необходимости развивать федеральную сеть реабилитационных центров для социальной адаптации зависимых регулярно говорит и Президент РФ и Министр здравоохранения и руководитель ФСКН.

Современная наркология должна быть правовой, т. е. лечебная система должна стать участником мультидисциплинарного процесса обеспеченного правовыми механизмами и должна быть ориентирована на достижение социально значимого результата.

Основными направлениями развития медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией в Российской Федерации являются:

- государственное финансирование деятельности негосударственных организаций, специализирующихся на реабилитации наркологических больных, и широкое привлечение к реализации реабили-

тационных программ лиц, ранее злоупотреблявших алкоголем или наркотиками, имеющих стойкую ремиссию и соответствующую профессиональную подготовку;

- разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ;
- организация реабилитационных наркологических подразделений в структуре действующих наркологических диспансеров и наркологических больниц в субъектах Российской Федерации;
- повышение доступности медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией, а также для обратившихся за медицинской помощью лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;
- организация системы профессионального обучения, профессиональной переподготовки и трудоустройства больных алкоголизмом и наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию;
- государственная поддержка научных исследований в области реабилитации больных алкоголизмом наркоманией;
- создание механизмов, мотивирующих больных алкоголизмом и наркоманией, на участие в реабилитационных программах.

Вопрос стандартизации реабилитационной помощи является чрезвычайно актуальным, т. к. ее целью является, в первую очередь, повышение качества и результативность реабилитации.

Создание эффективной наркологической помощи предполагает социальную, трудовую, психологическую и медицинскую реабилитацию лиц, у которых сформировалась патологическая зависимость. При лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших общеуголовных преступлений, необходимо соблюдать три принципа организации службы: анонимность, доступность, бесплатность. Соблюдение указанных принципов обеспечивает создание доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости. Повышение уровня мотивации на сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией.

В настоящее время совершенно очевидна необходимость отказа от репрессивного мышления в наркологии и идеологизации наркологической помощи. На смену этим подходам должен прийти программно-целевой подход к оказанию наркологической помощи.

Цель оказания наркологической помощи — достижение стойкой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления психоактивных веществ (ПАВ), не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления ПАВ является проявлением уровня резильентности, результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации пациента. Поскольку основная причина рецидива состоит в отсутствии у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть медико-социально-психологические технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков.

Традиционное территориально-диспансерное построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированности компонентов лечебно-профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Врач психиатр-нарколог, обслуживающий определенную территорию, принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации.

Важно учитывать, что главным содержанием патологических изменений при химической зависимости становятся изменения мотивационной сферы личности, лежащие в основе психической зависимости от ПАВ. Иными словами, люди с проблемами химической зависимости мало дифференцируют разноуровневые цели. У них отсутствует умение встать в позицию отстранения не только по отношению к своим актуальным потребностям, но и по отношению к себе, ко всей ситуации в целом. Поиск наркотика становится главным смыслообразующим мотивом. Поэтому, при принятии решения важная роль принадлежит мотивации. Именно она определяет и устанавливает форму принятия решения, тип решения, его общие очертания, иными словами, генеральную линию дальнейшей деятельности и поведения.

В случае программно-целевого построения наркологической службы пациент самостоятельно выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации. Таким образом, целью компонентов лечебно-

профилактического процесса является повышение мотивации пациента на основе имеющегося у него опыта жизни без употребления ПАВ.

Каждый человек постоянно нуждается в признании, в устойчивой и, как правило, высокой оценке собственных достоинств, каждому из нас необходимо и уважение окружающих нас людей, и возможность уважать самого себя. Удовлетворение потребности в оценке, уважении порождает у индивидуума чувство уверенности в себе, чувство собственной значимости, силы, адекватности, чувство, что он полезен и необходим в этом мире.

Учитывая вышеизложенное, необходимо вместо традиционной попытки изучать слабости и недостатки, затрудняющие социализацию субъекта, факторы риска возникновения алкоголизма и наркомании, констатировать проблемы и искать пути их решения, нужно, прежде всего, развивать сильные стороны личности, семьи и сообщества. Мобилизация этих сильных сторон даст возможность личности и семье самим преодолевать свои проблемы, т. е. повышать резильентность личности, которая включает способность человека защищать свою целостность от воздействия сильных неблагоприятных внешних воздействий, а также способность строить полноценную жизнь в трудных условиях, уметь планировать ее.

Разработанный нами Стандарт Программы третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ, позволяет повысить эффективность социальной реабилитации и обеспечить устойчивую ремиссию у лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию, в связи с употреблением ПАВ, путем решения следующих задач:

- повышением мотивации зависимых к отказу от употребления ПАВ и к решению пройти социальную реабилитацию;
- обеспечением благоприятных условий для прохождения социальной реабилитации зависимым от ПАВ;
- формированием и развитием резильентности зависимой личности;
- обеспечением эффективности ресоциализации зависимых от ПАВ.

Стандарт «Программа третичной профилактики зависимости от психоактивных веществ по Сибирскому региону» разработан в соответствии с требованиями Федерального закона № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

Стандарт разработан с целью повышения социально-психологической эффективности реабилитационного процесса в ходе социального обслуживания людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением ПАВ.

При разработке Стандарта были учтены Основные положения Концепции «Правовая наркология», обобщен многолетний опыт работы различных реабилитационных центров, как в России, так и за ее пределами.

Учет требований Стандарта обязателен для всех организаций (медицинского, не медицинского, религиозного направлений), занятых социальной реабилитацией людей, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением ПАВ в установленном законом порядке на добровольной основе присоединившихся к Стандарту.

Стандарт не учитывает всех особенностей социально-психологической реабилитации. В развитие Стандарта учреждениями и организациями, занимающимися третичной профилактикой, могут быть разработаны свои собственные нормативные документы.

Стандарт подлежит пересмотру в случае ввода в действие новых технических регламентов и национальных стандартов, содержащих не учтенные в Стандарте требования и рекомендации по повышению эффективности реабилитационного процесса.

Основные нормативные документы, которые были использованы при составлении настоящего Стандарта: Международный стандарт АА1000 SES «Взаимодействие с заинтересованными сторонами»; Конституция РФ; Гражданский кодекс РФ от 30.11.94 № 51-ФЗ; Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11.08.95 № ФЗ –135; Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.95 № ФЗ-82; Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 12.01.96 № ФЗ-7; Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.02 № ФЗ-184; Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в РФ» от 10.12.95 № ФЗ –195; Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.98 г. N ФЗ- 3; Федеральный закон «О защите прав потребителей» от 07.02.93 № ФЗ-2300; Федеральный закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-инфекция» от 12.08.96; 09.01.97; 07.08. 2000; Приказ МЗ «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)» от 22 октября 2003 г. N 500; Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5. 2826–10 «Профилактика ВИЧ инфекции» от 11.01. 2011. № 1; ГОСТ Р 52143–2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»; ГОСТ Р 52495–2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения».

Основными принципами Программы третичной профилактики зависимости от ПАВ являются:

- принцип уважения и доверия: признание значимыми любые мнения, оценки и суждения и внимательное отношение к ним при решении соответствующих вопросов, не допуская дискриминации и диффамации на основе социального, расового, национального, религиозного или языкового превосходства и других проявлений экстремизма;
- принцип ответственности: обеспечение благоприятной реабилитационной средой, психологической и медицинской поддержкой, объективности суждений и гражданской ответственности при принятии решений в ходе реализации Программы и социальных проектов;
- принцип открытости: информация о Программе предоставляется в установленном порядке всем заинтересованным сторонам.
- принцип анонимности: обеспечение создания безопасной доброжелательной для больного системы оказания наркологической помощи, что существенно повышает мотивацию больных на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости.

Требования к реабилитации по Программе третичной профилактики зависимости от ПАВ включают в себя несколько важных этапов.

1. Организация реабилитационного процесса

Весь комплекс реабилитационных мероприятий реализуется членами наркологической бригады, представляющей собой группу специалистов в области реабилитации, в которую входят: врач психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, инструктор по труду и др. В результате их взаимодействия обеспечивается поэтапное решение задач реабилитационного процесса. Члены наркологической бригады составляют индивидуальную программу реабилитации для каждого больного, которая описывает все мероприятия независимо от условий их осуществления — амбулаторно-поликлинических или стационарных. Программа реабилитации согласовывается с больным, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность самого больного за ее реализацию.

Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает либо как член наркологической бригады, либо как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т. п.).

Принципиальное значение в организации реабилитационного процесса имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотре-

бление, для психологической поддержки и социального сопровождения больных, проходящих курс лечения. В конечном счете, это окажет благоприятное воздействие к формированию и укреплению у больных мотивации достижения успеха на пути к выздоровлению.

Реабилитация больных наркоманией осуществляется не в естественных условиях их проживания, а в искусственно созданной для личностного и социального восстановления (функционирования) больных реабилитационной среде, в которой реализуется программа реабилитации и идеология реабилитационного учреждения, включая систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Реабилитационная среда не только является терапевтическим инструментом ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической субкультуры и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

Реабилитационная среда для наркологических больных может быть:

- открытой (специализированная поликлиника, сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости и др., а также позитивно скорректированная семья больного, место учебы, досуга, но только в том случае, если они свободны от психоактивных веществ и если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;
- полузакрытой (дневной стационар, община, реабилитационное общежитие, и др.);
- закрытой (наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ.

Осуществление Программы реабилитации в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем, перед больными ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируруемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т. д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится ко-терапевтом в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

В тех случаях, когда больной изначально направляется на амбулаторные условия и дневной стационар, продолжительность реабилитации при высоком уровне реабилитационного потенциала составляет от шести месяцев до одного года (при необходимости они могут пролонгироваться). Во всех других случаях — не менее двух лет.

В случаях ухудшения клинического состояния, появления неоднократных «срывов», больные направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) на срок не менее двух недель для проведения противорецидивной или восстановительной терапии, а, в последствии, при добровольном согласии, переводится в стационарные условия реабилитации.

После завершения реабилитационной программы в условиях стационара или общины больной направляется в амбулаторное отделение или дневной стационар для осуществления поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ, участия в работе групп само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов.

Для обеспечения постепенного изменения условий лечения между стационарными и амбулаторными программами могут включаться программы полустационарного пребывания, которые позволяют сформировать более строгий, чем в амбулаторных условиях контроль над больными. Такие полустационарные программы могут иметь различные названия («Дом на полпути», «Дом трезвого проживания»). Однако все они предусматривают проживание выздоравливающих алкоголиков и наркоманов в общежитиях при обязательном воздержании от приема психоактивных веществ и регулярное участие в программах самопомощи.

2. Содержание Программы реабилитации.

Программа включает в себя последовательный переход от более ограничительных условий лечения, к менее ограничительным. Вопрос о минимально достаточном для сохранения трезвости уровне контроля решается для каждого пациента индивидуально перед началом лечения. Максимально высокий уровень контроля предлагается пациентам на период детоксикации (купирования абстинентного синдрома), минимальный — в группах самопомощи. Это позволяет выбрать оптимальный терапевтический маршрут для больных с различными уровнями мотивации, скорректировать лечебную тактику при изменении мотивации больного.

Программа содержит несколько основных блоков: медицинский, психологический (психокоррекционный, психологические консультации), социальный, самопомощь. Реализацию медицинского блока программы

контролирует врач психиатр-нарколог, психологического — психолог и психотерапевт, социального — специалист по социальной работе (социальный работник).

Программа детоксикации (медицинский блок), являясь наиболее близкой к традиционным формам оказания наркологической помощи, должна предусматривать оказание мотивационной психотерапевтической и реабилитационной помощи и представлять собой медицинскую подготовку пациента для успешного прохождения им следующих этапов лечения.

Психотерапия проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование целенаправленной нормативной личности, внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, повышение нормативных уровней притязаний, восстановление эмоциональной адекватности, умение дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных задач.

Выбор и продолжительность психотерапевтических мероприятий с индивидуальными, групповыми и семейными занятиями определяется уровнем реабилитационного потенциала, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление хотя бы одного из перечисленных методов психотерапии: когнитивная (в частности, когнитивный подход к мотивации, связанный с сознанием и знаниями человека), биохевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также семейная психотерапия. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве пациента выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому воздействию, обучаются дифференцироваться во внутрисемейном общении, родители дополнительно приобретают навыки взаимодействия со своими больными детьми, умению предотвращать и определять «срывы» и рецидивы заболевания.

Социально-психологический блок Программы включает в себя важнейшие элементы реабилитации и ресоциализации:

- психодиагностику,
- психокоррекцию,
- трудовую терапию,

- занятия физической культурой,
- мотивацию к здоровому образу жизни,
- работу с созависимыми,
- профориентацию,
- содействие в трудоустройстве.

Психодиагностика представлена методами определения психологических особенностей личности с целью наиболее полного раскрытия его внутреннего потенциала во всех сферах жизни. Ее главная цель — помочь людям во время переживаемого психологического напряжения принять правильное решение с наименьшими потерями для своей нервной системы.

Выделяют объективный, субъективный и проективный подходы. При объективном подходе диагностика психических особенностей личности определяется на основании методов, применяемых человеком при выполнении деятельности и ее результативности. Согласно субъективного подхода анализ психических процессов производится путем самооценки человека на основании информации, которую человек предоставил о себе. При данном подходе оценивается поведение человека в определенных ситуациях. При проективном подходе диагностика психики осуществляется на основании взаимодействия человека и внешним нейтральным материалом, становящимся объектом внимания вследствие его неопределенности.

Учитывая деструктивный характер личности, зависимой от ПАВ, необходимо диагностировать различные ее стороны. Психодиагностику необходимо проводить в рамках понятия «Я-концепции», которая образует ядро человеческой личности: ее мотивационную структуру, самооценку, «внутреннюю картину болезни», самовосприятие, самоотношение и т. п., что в дальнейшем, ляжет в основу формирования оптимальной психокоррекционной программы, направленной на преодоление деструкции, улучшение адаптации пациентов в социуме и укрепление мотивации к выздоровлению (примерный пакет методик представлен в приложении 13).

Социальные требования к реабилитации в условиях реабилитационного учреждения, организации, службы и др. включают: различные социальные проекты, создающие условия для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях — учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведение культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий, обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, что спо-

способствует формированию и укреплению мотивации деятельностного поведения и здорового образа жизни.

Социальные проекты могут быть различны и включать в себя такие формы деятельности, как: производственные (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту автомобилей, помещений и пр.); сельскохозяйственные (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство); животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство и др.).

Важным фактором выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. А для этого необходимо преодолеть созависимые отношения в микрогруппе, привлекая созависимых в группы самопомощи.

Сроки реализации реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара. Программы реабилитации могут быть реализованы в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Больные со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2–6 месяцев должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем, по показаниям, переводятся в амбулаторию для участия в реабилитационных амбулаторных программах. Это может быть завершающая часть программы стабилизационного этапа реабилитации или профилактический (постреабилитационный) этап, направленный на достижение устойчивой (безрецидивной) интеграции в общество.

Неотъемлемой частью Программы реабилитации — деятельность групп самопомощи. Самопомощь представляет собой нечто большее, чем просто участие выздоравливающего в собраниях Анонимных алкоголиков или Анонимных наркоманов. Она включает в себя такие дополнительные компоненты, как работа по шагам с консультантом, участие в организационных собраниях, общественных мероприятиях и иных социализирующих действиях в лечебном сообществе, и, конечном итоге, формирование новых жизненных навыков, нового уровня результативности. Группы самопомощи должны быть встроены в систему профессиональной наркологической помощи, где основным критерием станет уровень мотивации больного на воздержание от употребления ПАВ. Чем выше мотивация больного, тем в большей мере он способен произвольно регулировать свое поведение (сам, без фармакологических средств, при поддержке «бывших»), тем в менее ограничительных условиях будет

осуществляться его лечение. Требование минимального уровня ограничений и контроля над больным со стороны медицинского персонала основано на понимании того, что чем ближе обстановка в которой проходит лечение к той, в которой живет пациент, тем ниже вероятность рецидива болезни после выписки.

3. Этапы проведение Программы социальной реабилитации и критерии оценки ее эффективности.

Информирование.

Существующий уровень мотивации провоцирует пациента на активный поиск информации о способах выздоровления («Контактный телефон»). Это необходимо для сохранения достаточного уровня доверия, привлечения пациента к личному контакту с наркологической службой.

«Неотложная наркологическая помощь».

Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Для этого необходимо минимизировать использование традиционной медикаментозной терапии при максимально возможном психотерапевтическом вмешательстве на фоне физического страдания пациента. В данном случае необходима помощь не только психотерапевта и нарколога, но и всесторонняя поддержка консультантов из «бывших».

«Амбулаторный компонент».

Реализация этого этапа осуществляется путем взаимодействия с группами самопомощи (АА/АН — сообщества Анонимных алкоголиков и наркоманов). На этом этапе предусмотрена работа с родственниками и близкими, находящимися в созависимых отношениях.

«Комплексная интенсивная групповая психотерапия»

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного, так и в режиме круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной зоне. На данном этапе происходит выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Основой являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этого компонента лечебно-профилактического процесса.

Адаптация в Программе.

Данный этап направлен на приспособление участника Программы к условиям и распорядку проживания в условиях реабилитационной среды и установление личных контактов с сотрудниками и другими участниками Программы реабилитации.

Критерий успешного прохождения данного этапа — официальное подтверждение участником Программы социальной реабилитации намерения в полном объеме пройти реабилитационную программу.

Интеграция в реабилитационную Программу.

Участник Программы в полном объеме вовлекается в программу социальной реабилитации в качестве активной стороны взаимодействия, участвует в определении формата получения социальных услуг, адекватного его личным особенностям.

Критерий успешного прохождения данного этапа — восстановление у участника Программы способности к объективной оценке своего состояния, перспектив изменений его статуса в ходе прохождения программы социальной реабилитации и краткосрочному планированию перспектив его жизни.

Стабилизация.

На этом этапе участник Программы в полном объеме получает социальные услуги в индивидуальном формате, определенном ранее. В ходе взаимодействия с консультантами происходит совместное планирование, реализация, корректировка и оценка действий и услуг, которые требуются, чтобы улучшить жизненную ситуацию. Критерии успешного прохождения данного этапа: позитивная оценка сотрудниками, консультантами и участником Программы изменений в физическом, психологическом и социальном статусе последнего; активная позиция в решении социальных проблем: реализуемая готовность к социальным действиям, саморазвитие и самореализация в возникающих трудных ситуациях, способность к самоопределению и расширению пространственных границ жизнедеятельности.

Профилактика рецидивов.

Это завершающий этап Программы, в ходе которого ее участники принимают активное участие в профилактической антинаркотической работе. Совместно с сотрудниками и стажерами они проводят собеседования с родными и близкими наркопотребителей, участвуют в публичных антинаркотических акциях в концертных залах и на уличных площадках. Критерии результативности прохождения Программы: позитивные изменения в статусе участника программы по всему комплек-

су направлений реабилитационной деятельности; удовлетворенность сотрудников, консультантов и участников Программы изменениями в физическом, психологическом и социальном статусе последнего.

Постпрограммное взаимодействие.

Конечный результат Программы социальной реабилитации окончательно формируется только после возвращения ее участника в его естественную среду проживания. Короткий срок ремиссии не является положительным и окончательным результатом социальной реабилитации. Только длительный и непрерывный срок ремиссии, активная гражданская и социальная позиция выпускника в естественной среде социума, восстановление им утраченных связей с семьей, родными и близкими может считаться положительным результатом прохождения Программы социальной реабилитации и гарантией восстановления его в обществе как благонадежного гражданина.

Восстановление.

В том случае, если выпускник возвращается к употреблению ПАВ, ему предоставляется возможность повторного прохождения Программы социальной реабилитации. При этом консультантами Программы ему оказывается помощь в форме выработки рекомендаций о корректировке программы (или ее смене), после чего он повторно проходит программу социальной реабилитации с учетом рекомендаций.

Управление Программой социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ осуществляется следующим образом:

- Общую стратегию Программы социальной реабилитации определяет Руководитель Программы — лицо, руководящее всей деятельностью организации согласно ее Уставу.
- Оперативное управление деятельностью сотрудников в процессе реализации Программы реабилитации осуществляет управляющий (руководитель) программой социальной реабилитации.
- Непосредственную организацию и реализацию оказания социальной помощи участникам социальной реабилитации осуществляют сотрудники программы социальной реабилитации.
- Помощь в работе сотрудникам Программы социальной реабилитации оказывают стажеры (добровольцы), действующие под контролем сотрудников Программы.
- Наставничество в отношении «младших участников» Программы социальной реабилитации осуществляют ее «старшие участники».

Программа социальной реабилитации осуществляется в условиях широкого взаимодействия всех заинтересованных сторон.

По итогам прохождения Программы каждым из ее участников составляется отчет. В отчете отмечается содержание и итоги прохождения участником каждого из этапов социальной реабилитации Программы (см. приложение 1).

Внимательно исследуя отечественный опыт и анализируя опыт зарубежных программ, разработчики оставляют право вносить изменения и корректировки в Стандарт с тем, чтобы еще более эффективно оказывать помощь людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Глава 2

Требования к Организациям, занимающимся реабилитацией лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с зависимостью от ПАВ

Сегодня в России прослеживается острая необходимость в повышении уровня прозрачности деятельности организаций, занимающихся третичной профилактикой зависимости от ПАВ с целью повышения уровня эффективности их взаимодействия с заинтересованными сторонами, в том числе с органами власти, позиция которых существенно влияет на результаты их деятельности.

Необходимо разработать и внедрить в практику государственных и общественных центров социальной реабилитации критерии оценки качества и эффективности деятельности ресоциализации лиц, потребляющих наркотики в немедицинских целях, по конечному результату (в том числе длительный отказ от приема наркотиков, личностное развитие, трудовая занятость, интегрированность в здоровые сообщества и др.)

Успешная реабилитация и коррекция социально-психологического функционирования наркологических больных в значительной мере определяют эффективность всего процесса оказания наркологической помощи. Однако указанная деятельность не требует лицензирования, если осуществляется вне рамок амбулаторно-поликлинической или стационарной наркологической помощи как «прочие виды работ и услуг». В условиях недостаточной правовой регламентации социальной работы и практически полного отсутствия таковой в области психологической коррекции это приводит к бесконтрольной деятельности тех юридических и физических лиц, занятых реабилитацией наркологических больных и оказанием им психологической помощи, основной целью которых является получение прибыли.

Необходимо совершенствование законодательной базы, а также создание учреждений социальной реабилитации (например: социально-реабилитационных центров, реабилитационно-трудовых коммун, общин и т.п.). Ниже мы назовем их Организацией (вне зависимости от направленности).

Даже в отсутствии государственных стандартов по социальной реабилитации наркологических больных законодательство «О техническом регулировании» позволяет широко внедрять системы добровольной сертификации. Любое профессиональное сообщество может

в соответствии с нормами ГОСТ разработать и утвердить в государственных органах контроля и надзора собственные стандарты, так называемые СТО (Стандарты организаций) и на их основании проводить сертификацию.

Нами разработаны требования к организациям, занимающимся реабилитацией лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с зависимостью от ПАВ. Этот документ утвержден на расширенном заседании, куда вошли представители различных ведомств Иркутской области: Министерства Здравоохранения, Минсоцразвития, ФСКН, ГУФСИН, Общественной Палаты, Министерства по молодежной политике, Наркологического диспансера и др.

Основная цель работы Организации реабилитации — консолидировать усилия по преодолению и профилактике всех видов химической зависимости и способствовать формированию программы здорового образа жизни.

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи:

- профилировать асоциальный образ жизни, связанный с употреблением ПАВ; содействовать укреплению физического и духовного здоровья пациентов, в том числе через пропаганду здорового образа жизни и повышения гражданской ответственности населения;
- совершенствовать научную и методическую базы для повышения эффективности реабилитационного процесса, что способствует оптимизации социальной реабилитации и ресоциализации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию, в связи с употреблением наркотических средств;
- способствовать развитию эффективного взаимодействия общественных институтов, властных структур, частных лиц для решения проблем, связанных с противодействием наркотизации общества.

Основные требования к порядку социального обслуживания зависимых от ПАВ представлены ниже.

1. Нормативные требования.

1.1. Социальное обслуживание граждан регулируется Гражданским кодексом Российской Федерации, законами № ФЗ-195 «Об основах социального обслуживания населения в РФ» и № ФЗ — 2300 «О защите прав потребителей», другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1.2. Государственный контроль и надзор за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирую-

ющих отношения в области защиты прав граждан в ходе социального обслуживания, осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по контролю (надзору) в области защиты прав потребителей (см. приложение 9).

1.3. Социальное обслуживание предоставляется на основании обращения лица, попавшего в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств, его опекуна, попечителя, другого законного представителя, органа государственной власти, органа местного самоуправления или общественного объединения на основании заключенного договора. (см. приложение 2).

1.4. При оказании социального обслуживания Организация должна учитывать, что граждане имеют право:

- на выбор Организации и ее направленности (медико-социальное, 12-ти шаговое, трудовое, религиозное, общинное и т. д.);
- на информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальной помощи, видах предоставляемых социальных услуг;
- на уважительное и гуманное отношение со стороны сотрудников Организации;
- на конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной сотруднику Организации;
- на защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке;
- на отказ от социальной помощи.

1.5. Социальное обслуживание предоставляется при условии добровольного согласия людей, попавших в тяжелую жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Допускается анонимное обращение граждан для получения социальных услуг отдельных видов.

1.6. Иностранцы, лица без гражданства, в том числе беженцы, пользуются теми же правами в сфере социального обслуживания, что и граждане Российской Федерации, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

1.7. Согласие на социальное обслуживание лиц, не достигших 14 лет, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после получения необходимой информации от сотрудников Организации. При временном отсутствии законных представителей решение о согласии принимают органы опеки и попечительства.

2. Принципы деятельности Организаций.

- принцип легитимности: Организация должна действовать в рамках установленного законодательства, стандартов и других добровольных обязательств;
- принцип открытости: информация о деятельности Организации должна предоставляться в установленном порядке всем заинтересованным сторонам;
- принцип уважения и доверия: сотрудники Организации должны признавать значимыми любые мнения, оценки и суждения и внимательно относиться к ним при решении соответствующих вопросов, не допускать при определении своих позиций дискриминации и диффамации на основе социального, расового, национального, религиозного или языкового превосходства, других проявлений экстремизма;
- принцип ответственности: Организация должна принимать на себя добровольные обязательства, стремиться к объективности своих суждений и гражданской ответственности при принятии решений и реализации программ и проектов;
- принцип партнерства: Организация должна действовать в духе развития партнерских отношений со всеми заинтересованными сторонами, вовлеченными в процесс противодействия распространению наркомании.

3. Виды деятельности Организации в сфере противодействия распространению наркомании.

Организация может осуществлять такие виды деятельности, как:

- разработку и реализацию документов стратегического, среднесрочного и краткосрочного планирования с учетом федеральных, региональных и муниципальных программ по противодействию распространению наркомании;
- разработку и исполнение собственных и партнерских проектов, направленных на обеспечение целей, поставленных в плановых документах;
- разработку и реализацию программ по профилактике асоциального образа жизни, связанного с употреблением наркотических средств;
- разработку и реализацию программ по пропаганде здорового образа жизни и повышению уровня гражданской ответственности населения;
- проведение массовых публичных мероприятий и благотворительных акций, направленных на противодействие распространению наркомании;

- социальное обслуживание людей, попавших в тяжелую жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств;
- участие в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления по проблемам противодействия распространению наркомании в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;
- осуществление профессионально-методического обмена опытом в области решения проблем наркотизации общества со всеми заинтересованными сторонами, в том числе зарубежными партнерами;
- издание методических пособий, других информационных материалов по тематике, связанной с антинаркотической деятельностью и пропагандой здорового образа жизни;
- представление и защита своих прав и прав участников программы социальной реабилитации в органах государственной власти и органах местного самоуправления.

4. Необходимый перечень в Организации форм социальной помощи зависимым от ПАВ

4.1. Содействие в восстановлении адекватного правового статуса должно включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- оказание помощи в получении временной регистрации;
- оказание юридической помощи в получении паспорта и других документов, имеющих юридическое значение;
- помощь в оформлении документов;
- консультирование по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов и др.);
- консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной, муниципальной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов;
- обеспечение представительства в суде для защиты прав и интересов;
- содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном законодательством;
- содействие в получении страхового медицинского полиса;
- получение по доверенности пенсий, пособий, других социальных выплат;

4.2. Содействие в восстановлении и формирование поддерживающей системы социальных связей должно включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- социально-психологическое и психологическое консультирование;
- социально-психологический патронаж;
- формирование навыков безопасного общения;
- обучение основам семейной психологии;
- помощь в восстановлении семейных связей;
- формирование групп самопомощи;
- вовлечение в коллективные формы работы и досуга.

4.3. Социально-бытовая и культурная адаптация должна включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- предоставление жилой площади, помещений для организации реабилитационных мероприятий, трудовой и учебной деятельности, культурного и бытового обслуживания;
- предоставление в пользование мебели согласно утвержденным нормативам организации;
- приготовление и подача пищи;
- предоставление постельных принадлежностей согласно утвержденным нормативам Организации;
- предоставление транспорта при необходимости перевоза в учреждения для лечения (в связи с общим состоянием здоровья), обучения, участия в культурных мероприятиях;
- создание условий для отправления религиозных обрядов;
- обеспечение сохранности вещей и ценностей, принадлежащих участникам программы социальной реабилитации;
- привлечение к участию в годовом цикле праздников: национальных, корпоративных и личных;
- привлечение к участию в массовых и групповых культурных мероприятиях.

4.4. Содействие в восстановлении трудовых навыков в системе хозяйственной деятельности должно включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- помощь в создании материально-технической базы для трудовой деятельности;
- обучение основам ведения предпринимательства;
- содействие в профессиональной ориентации, профессиональном обучении, трудоустройстве;
- предоставление рабочих мест в системе реального предпринимательства.

4.5. Содействие в восстановлении здоровья должно включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- содействие в направлении в стационарные лечебные учреждения в связи с общим состоянием здоровья;
- оказание помощи в получении предусмотренных законодательством Российской Федерации социально-медицинских услуг;
- обеспечение условий проживания с учетом состояния здоровья; необходимости проведения санитарно-гигиенических мероприятий;
- оказание первичной медико-санитарной помощи;
- содействие в организации квалифицированного медицинского консультирования в связи с общим состоянием здоровья;
- проведение медицинского осмотра и первичной санитарной обработки;
- содействие в организации медико-социальных обследований;
- оказание первой доврачебной помощи;
- содействие в проведении процедур, связанных с поддержанием здоровья;
- поощрение занятий физической культурой и спортом
- организация оздоровительных мероприятий;
- организация лечебно-трудовой деятельности;
- консультирование по социально-медицинским вопросам;
- проведение санитарно-просветительной работы;
- социально-медицинский патронаж;
- содействие в обеспечении, на основании заключения врачей, лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- содействие в госпитализации, сопровождение нуждающихся в медицинской помощи в лечебно-профилактические учреждения.

4.6. Содействие в решении вопросов жизнеустройства, проживания должно включать в себя следующие (все или некоторые, в зависимости от конкретной ситуации) виды деятельности:

- оказание материальной помощи;
- обеспечение местом проживания;
- содействие в сохранении, возвращении и ремонте жилья, принадлежащего участникам программы социальной реабилитации.

Необходимая документация по этому разделу представлена в приложениях 4–12).

5. Критерии качественной оценки Организаций, занимающихся социальной реабилитацией и ресоциализацией наркозависимых.

5.1. Общие положения.

В предоставлении услуг Организация социального обслуживания

обязана обеспечить защиту граждан от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред их здоровью, нравственному и духовному развитию, в том числе от национальной, классовой, социальной нетерпимости, от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от пропаганды социального, расового, национального и религиозного неравенства.

В Организации следует строго соблюдать установленные федеральным законом и законами субъектов Российской Федерации нормативы распространения печатной продукции, аудио- и видеопродукции; недопустимо распространение продукции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение. Эти меры призваны обеспечивать здоровье, физическую, интеллектуальную, нравственную и психическую безопасность граждан.

Организация, основная деятельность которой направлена на оказание социальных услуг (без лечения) гражданам, зависимым от алкоголя и наркотиков, предоставляет социальные услуги независимо от их национальности, вероисповедания и места жительства, зарегистрированных в установленном законом порядке и действующие на принципах прозрачности и открытости.

5.2. Необходимые условия размещения Организации.

Экологическая характеристика местности, ландшафт и оформление участка, на котором располагается Организация, архитектура зданий и сооружений должны обеспечивать создание благоприятных условий для оказания услуг гражданам (здание не должно находиться в промышленной зоне, связь с другими инфраструктурами данного населенного пункта должна быть обеспечена автомобильными или иными легко доступными дорогами).

Организация должна быть размещена в отдельном стационарном здании, или в помещениях, которые должны быть обеспечены территориально ограничены оградой или забором, а также всеми необходимыми видами коммунально-бытового обслуживания, охраной, соответствовать требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, требованиям пожарной безопасности, оснащены средствами.

5.3. Требования к специальному техническому оснащению Организации.

Техническое оснащение Организации (оборудование, приборы, аппаратура и т. д.) должно соответствовать требованиям стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивать надлежащее качество и безопасность предоставляемых с их применением услуг соответствующих видов.

Техническое оснащение должно использоваться строго по назначению в соответствии с документацией по его функционированию и эксплуатации, содержаться в технически исправном и безопасном состоянии.

5.4. Наличие необходимой документации.

В состав документации должны входить:

- устав Организации подобного типа и положение об Организации, зарегистрированные в установленном законом порядке;
- штатное расписание;
- руководства, правила, инструкции, методики, планы и программы работы;
- заключение органов санитарно-эпидемиологического надзора, пожарной инспекции;
- документация на имеющиеся оборудование, приборы, аппаратуру.
- финансово-хозяйственная документация.

Устав Организации должен включать в себя:

- полное, сокращенное и фирменное наименование и предназначение Организации;
- сведения об Организации в организационно-правовой форме;
- источники финансирования;
- нормативно-правовые акты, которыми руководствуется Организация в своей деятельности;
- юридический статус и адрес Организации;
- цели и основные задачи деятельности;
- предмет деятельности, структурные подразделения Организации, предоставляемые услуги, целевые группы — потребители социальных услуг, порядок и условия предоставления услуг.

Положение об Организации должно включать в себя:

- предназначение Организации;
- основные задачи деятельности Организации, группы обслуживаемых лиц;
- порядок создания, содержания, реорганизации Организации;
- юридический статус, ведомственная принадлежность, источники финансирования;
- правила внутреннего распорядка;
- порядок и условия принятия пациентов на обслуживание и снятия с него;
- правила и обязанности работников, обслуживающих пациентов и их родителей (родственников);

- структурные подразделения Организации, объем и порядок предоставления ими услуг.

Штатное расписание утверждает руководитель Организации в пределах имеющегося фонда оплаты труда, которое должно подтверждать обеспеченность предоставляемых услуг специалистами (возможно совместителями) необходимой квалификации для такого рода деятельности: нарколога, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, консультанта (из бывших).

Руководства, правила, должностные и прочие инструкции, методики, планы и программы утверждает руководитель Организации; они должны регламентировать процесс предоставления социальных услуг, определять состав, объем, формы и методы их предоставления и контроля, устанавливать направления и формы работы с пациентами Организации.

Заключения органов санитарно-эпидемиологического надзора и пожарной инспекции о соответствии состояния Организации и территории, на которой оно располагается, санитарным требованиям и требованиям пожарной безопасности.

Документация на имеющиеся в Организации оборудование, приборы, аппаратуру, спортивное снаряжение, которая необходима для их правильной эксплуатации, обслуживания и поддержания в работоспособном и безопасном состоянии.

Финансово-хозяйственная и медицинская документация, которая должна отражать состояние финансовой и хозяйственной деятельности Организации.

В Организации должен осуществляться регулярный контроль за состоянием документации, включение в нее необходимых изменений и изъятие из обращения устаревших документов.

5.4. Требования к персоналу.

Каждый специалист должен иметь соответствующее (специальное) образование, консультанты из «бывших» со стажем ремиссии не менее 3-х лет), уровень квалификации и профессиональной подготовки; обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения должностных обязанностей; перед поступлением на работу пройти медицинское освидетельствование.

Для каждой категории специалистов должны быть разработаны должностные инструкции, утвержденные руководителем Организации, регламентирующие их обязанности и права.

Наряду с необходимым уровнем квалификации и профессионализмом все сотрудники «Организации» должны обладать высокими моральными

ми и нравственно-этическими качествами, чувством ответственности и руководствоваться в работе принципами справедливости, доброжелательности и другими гуманистическими принципами, необходимыми для работы с социально-неблагополучными гражданами.

Персонал Организации должен проявлять к пациентам (независимо от их религиозной принадлежности, национальности и места жительства) максимальную чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение, учитывать их физическое и психическое состояние и индивидуальные особенности.

5.5. Требования к порядку и условиям предоставления услуг.

Услуги предоставляются Организацией на основании добровольного обращения лиц с химической зависимостью и на основании заключенного договора. В договоре должно быть наличие условий, закрепляющих взаимную ответственность, в т. ч. добровольного согласия проходящего реабилитацию лица на четко оговоренные меры ограничения и общественного воздействия, а также расторжения договора при его нарушении; предоставление проходящему реабилитацию лицу права на досрочный выход из реабилитационной программы с прекращением сотрудничества с Организацией.

При предоставлении услуг в Организации должны обеспечиваться: благоприятные и безопасные условия для жизни и здоровья пациентов, все установленные нормы и правила пожарной и санитарной безопасности, меры по профилактике травматизма и предупреждения несчастных случаев.

Организация должна предоставлять пациентам, их родителям (близким родственникам) полную и своевременную информацию об их обязанностях, правах, условиях пребывания в Организации и о предоставляемых им услугах.

Информация личного характера, ставшая известной работнику Организации при оказании услуг лицам с химической зависимостью, должна быть конфиденциальной и составлять профессиональную тайну.

Наличие договоров с медицинскими учреждениями с целью систематического медицинского контроля за состоянием здоровья реабилитируемых лиц, персональных программ оздоровления.

5.6. Особые критерии оценки Организации.

К особым критериям оценки Организаций относят:

- наличие программы социальных проектов;
- создание условий для личностного роста, повышения социальной активности (выполнение обязанностей, принятие послушаний и служе-

- ния, участие в волонтерской деятельности), способности к самостоятельной разработке и реализации жизненных стратегий и программ;
- создание условий для вовлечения в реабилитационный процесс значимых для реабилитируемого лиц и сообществ;
 - открытость информации о конфессиональной принадлежности Организации или сотрудничестве с религиозными и общественными организациями;
 - открытость реабилитационного сообщества, транспарентность (прозрачность) всех аспектов ее деятельности, всех фаз реабилитационного процесса, готовность к информированию общественности, СМИ, органов власти, антинаркотических комиссий, ФСКН, ГАК и правоохранительных органов о работе «Организации» в соответствии с действующим законодательством;
 - добросовестность и достоверность рекламы (в трактовке Федерального закона «О рекламе» от 13.03.2006 N 38-ФЗ);
 - позитивный имидж «Организации» в сообществах, на муниципальном, региональном, окружном, федеральном уровнях, в мировом профессиональном сообществе;
 - связи и сотрудничество реабилитационного сообщества и реабилитируемых с антинаркотическими комиссиями, органами власти, социальными службами, правоохранительными органами, со здоровыми сообществами на территории, образовательными, социальными, досуговыми, профессиональными и прочими организациями;
 - наличие служб первичного контакта (контактно-информационного телефона и/или телефона доверия, консультативной службы, служб по связям с общественностью);
 - ведение статистического учета лиц, проходящих реабилитацию. Сбор сведений об отказе от наркотиков и качестве жизни у выпускников реабилитационного центра в последующие 5 лет;
 - отсутствие физического, психологического или духовного насилия (религиозных и оккультных практик, оказывающих деструктивное воздействие на личность, использования методов сайентологии и дианетики).

Поддержание связи между прошедшими реабилитацию лицами и командой специалистов Организации в целях профилактики рецидивов, их своевременного диагностирования и вмешательства в кризисные ситуации;

- участие Организации и реабилитируемых в научно-методической, экспериментальной и инновационной деятельности, формировании

федеральной сети «Организации», подготовке и стажировке кадров для других подобных организаций, сетевое кадровое и межгрупповое взаимодействие с другими реабилитационными сообществами;

- наличие научных, научно-практических и творческих связей с различными вузами, социальными институтами и др. Характер взаимодействия: активный обмен ресурсами и информацией, совместное обучение, (прохождение студентами и магистрантами научно-квалификационных практик для оформления дипломных работ и диссертаций; участие в конференциях; подготовка различных научных изданий: монографий, пособий, методичек и т. д.).

Пакет необходимых документов, наличие которых в Организации обязательно, представлены в приложениях.

Требования к организациям, работающим в сфере реабилитации, зависящих от ПАВ, должны быть едиными вне зависимости от направленности (медико-социальной, религиозной, трудовой, 12-ти шаговой и др.). Соответствие Организации настоящим требованиям может являться основой для прохождения «Добровольной сертификации».

Глава 3

Семья в формировании «донаркотической» личности и созависимых отношений

Рассматривая проблему, связанную со злоупотреблением психоактивными веществами, прежде всего, ее надо рассматривать, как проблему личности, которая употребляет наркотические вещества в определенном социально — культурно контексте, важнейшими элементами которого является семья наркомана и наркоманская субкультура.

Вопросы о механизмах формирования наркотической зависимости остаются одними из наиболее сложных проблем современной психологической науки. Несмотря на высокую социальную, научную и практическую значимость психологических исследований о роли семьи в возникновении и динамике наркомании, существующие попытки теоретического обобщения результатов эмпирических исследований не позволяют создать целостную психологическую концепцию наркомании.

Наметившаяся в последние годы тенденция к интеграции в системе наук, так или иначе направляемых на решение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, значительно суживается недостаточностью психологических исследований, особенно в области центрального компонента болезни — психической зависимости и ее влияния на личность и внутрисемейные, межличностные отношения наркомана.

В последнее время результаты многочисленных исследований приводят к главному выводу, что основным источником причинности подростковой и юношеской наркомании является семья, создающая предпосылки для формирования у подростка генерализованной неудовлетворенности, либо оказавшейся неспособной компенсировать факторы наркотической контаминации социальной и биологической природы.

При рассмотрении данной проблемы чрезвычайно важным обстоятельством является то, как неблагоприятные внешние факторы (сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание, низкий общеобразовательный и культурный уровень окружающей социальной среды) преломляются в психике ребенка, как воспринимаются им жизненные события и различные обстоятельства. Так как основы личности ребенка закладываются прежде всего в семье, мы считаем необходимым изучение внутрисемейных отношений на основе результатов стандартных психологических тестов.

Риск развития аддиктивного поведения, с точки зрения современных представлений, во многом связан с условиями воспитания и проживания в семье в детском периоде жизни. Существуют попытки выделить определённые условия воспитания, наиболее предрасполагающие к риску развития аддиктивного поведения. В этих типах воспитания выделяется главное звено — нарушение эмоциональных связей с людьми.

Лица с повышенным риском развития аддикции в детстве не были научены правилам установления эмоциональных контактов с окружающими. Они воспитывались в семьях, в которых эмоциональная близость между членами семьи существовала не в реальности, а только на словах.

Выделяют следующие семейные факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения уже в раннем возрасте:

- люди, у которых в последствие развилось аддиктивное поведение, были научены дистанцироваться от окружающих, вместо того, чтобы устанавливать с ними связь. Родители таких детей, как правило, не имели времени для общения с ними;
- родители могли быть носителями аддиктивного поведения, например, алкоголизма. Попытки детей устанавливать с родителями более близкие контакты не приводили к положительным результатам;
- в семье преобладали отношения друг к другу как к объектам, необходимым для манипуляции. Дети обучались такому отношению к людям с детства, и поэтому оно не является для них чуждым.

Такие типы семьи формируют у детей чувства внутренней пустоты и изоляции, с возникновением желания заполнить эти чувства путём создания в своих фантазиях особого мира, герои которого заменяют реальность.

Таким образом, создаются предпосылки для развития негативного стиля жизни. В результате человек попадает в трудное положение. С одной стороны, он не имеет возможности естественным путем, посредством контакта с близкими людьми, удовлетворить свои эмоциональные потребности, получить от них эмоциональную помощь и поддержку, а, с другой, — не в состоянии найти эту поддержку внутри себя, так как его не научили этому в детстве.

Стиль воспитания в таких семьях не предрасполагает к умению человека быть самим собой. Человек не настроен на поиск резервов внутри себя, он не умеет этого делать и поэтому выбирает путь наименьшего сопротивления, уходя в аддиктивные реализации.

Упрощённые подходы к жизни постепенно захватывают человека. И если он и задаёт себе какие-то вопросы, то они, как правило, чрез-

вычайно просты и сводятся примерно к следующему: «Зачем думать о жизни, она и так трудна, не надо брать ничего в голову. Я не нуждаюсь в людях, мне никто не нужен. Зачем я буду заставлять себя контактировать с кем-то, если я не хочу этого делать? Зачем решать проблемы, которые трудно решить? Доверять можно только объектам, вещам и событиям, которые, в отличие от людей, более надёжны и предсказуемы». Мышление приобретает форму патологической закольцованности, идёт по кругу, включая в себя элементы мышления по желанию и формирует стабильную схему, которая не только поддерживает, но и усиливает аддиктивную систему убеждений.

Образ жизни и мышления аддикта оказывают отрицательное влияние на окружающих и, особенно, на детей, в связи с тем, что дети недополучают необходимого для них внимания, у них не формируется интегральная картина отношений с миром. У детей закладываются предпосылки для развития таких нарушений, как аддиктивное расстройство и созависимость, являющаяся, по сути, аддикцией отношений.

Если окружающие ребенка взрослые не могут оказать ему помощь в формировании мировоззрения, бессмысленность существования, его слабая событийная насыщенность толкают детей в группу риска. Порой ребенок своим девиантным поведением бросает вызов окружающим взрослым с целью вызвать их на откровенный разговор о назначении человека в мире своего рода и проверка их на звание человека с большой буквы.

Попадание ребенка в группу риска может быть обусловлено структурой его семьи. Проблемы у ребенка каким-то образом могут, например, решать проблемы в отношениях между его родителями, помогать им выжить. Такой ребенок может спланировать семью своим поведением или отвлекать родителей от обсуждения болезненных проблем в их отношениях.

К сожалению, родительская любовь в чистом виде и в достаточном количестве встречается крайне редко. Вместо нее ребенок часто получает игрушки, сладости, жалость, чрезмерную заботу, замечания, условия, требования, ремень, упреки в сломанной жизни и еще многое другое, что дают ему родители под соусом любви. Родители так ее понимают, потому что так понимали их родители. Их так научили. И они думают, что любят. Многим родителям и в голову не приходит, что любовь — это совсем другое.

Это принятие личности такой, какая она есть, даже если ей от роду день. Любовь — это дать почувствовать ребенку, что он огромная ценность. Любовь — это создать ему условия, в которых он чувствовал бы

себя безопасно и стабильно. Условия, в которых он смог бы развить в себе сильные и слабые стороны, научиться любить мир и улучшать его своими творениями. Воспитание — это любовь, а не насилие над личностью. Любви не может быть слишком много. Много может быть заботы, жалости, внимания, опеки. И тогда для любви остается слишком мало места. Она вытесняется суррогатом. А если ребенок не получил достаточно любви, то ему теперь придется столкнуться с двумя трудностями. Первая: он не умеет любить сам. Вторая: он не умеет принимать любовь и отличать ее от суррата. А, кроме того, он будет стремиться всю свою жизнь дополучить эту любовь, так как остался голоден. Вот эта, возможно, самая сильная потребность и будет главным мотивом в жизни. Опасность в том, что процесс этот неосознанный, скрытый от человека.

И тут на сцену выходит химическое вещество. Коварное вещество дает ощущение любви. Под его воздействием мы раскрываем чувства, которые не умеем выражать в трезвом состоянии. И стоит ослабить контроль сознания под действием, например, алкоголя, как человеку становится легко и приятно от того, что он может сказать своей жене про свою любовь. Ну, или не жене. И к себе он лучше относится в эти моменты — жалеет, уважает, делает то, что хочет. Ну чем не любовь?

Как известно, самая сильная боль — душевная. Хуже всего нам бывает от собственных негативных чувств. Светлых, позитивных бывает так мало. А вещество помогает их испытать. Мы испытываем радость, удовольствие, счастье и другие приятные чувства, когда наш мозг дает команду организму и он вырабатывает определенные химические вещества. Похвалили ребенка (или как говорят психологи «погладили»), и мозг сразу отреагировал. Мы все нуждаемся в таких поглаживаниях. Очень нуждаемся.

Вещество же упрощает этот процесс. Ничего не делаешь хорошего; ни себе, ни другим, а чувства только позитивные. Такие моменты не забываются. Их хочется повторять и повторять. Ведь в них человек был самим собой. Все остальное время он, возможно, делал то, что требовали от него окружающие или терзался внутренними комплексами.

Что такое комплекс? Это плохо работающий внутренний механизм. Он может проявляться как внутренняя установка. Например, «у меня, никогда ничего хорошего не получится». Установки формируются на протяжении всей жизни, особенно в детстве, когда все, что говорят нам родители, как на магнитную ленту, записывается в нашем мозгу. Мы принимаем их постулаты безоговорочно. Потом можем их перепроверять. А можем оставить так, как есть. Главное, что помнить их не обяза-

тельно. Они работают без участия нашего сознания, так как находятся в подсознании. Поменять их очень трудно. Но можно. Это инструмент, с помощью которого мы строим свою жизнь. Если жизнь не удастся, значит, инструмент не тот. Надо поискать другой или создать его. Но многие предпочитают забивать гвозди собственной головой, используя ее в качестве инструмента. Больно, конечно, зато привычнее. И молоток искать не надо. А может быть, человек и не знает, что гвозди забивают молотком, а не собственной головой.

Если человек начал злоупотреблять алкоголем или принимает наркотики, он себя не любит. А стало быть, жить не хочет. Значит, хочет умереть? Неизвестно, быть может, он еще не решил. Не решил потому, что не считает собственную жизнь ценностью. И помочь ему найти самого себя и осознать свою ценность — единственный выход. Но решать придется самому. Тут никто не должен вмешиваться. Особенно если дело касается выбора между химическим веществом и жизнью. И любой его выбор надо уметь уважать.

Очевидно, что в основе любой зависимости лежит негативное отношение к себе. Поэтому тем, кто страдает формами зависимости иного рода, чем химическая, необходимо рассматривать свое «употребление» с этой же позиции.

Действительно, роль неблагоприятных условий социальной среды во многом определяет, особенно у несовершеннолетних, динамику злоупотребления алкоголем или наркотиками. Однако понятие — неблагоприятная среда — в применении к детям обычно трактуется слишком узко. Называя данный фактор, многие подразумевают при этом лишь неблагополучные или неполные семьи, где родители (или один из них) пьют, ведут аморальный образ жизни, а также конфликтные семьи, где ребенок постоянно видит ссоры, скандалы, а то и драки. Безусловно, все эти признаки входят в понятие неблагоприятных условий воспитания, однако не являются исчерпывающими. Они отражают поверхностный взгляд на явление, улавливающий лишь очевидное, не вскрывают внутренней психологической сути происходящего.

Для формирования личности ребенка важны не столько факты, события, происходящие в семье, сколько их значение для него.

Большинство выявленных закономерностей свидетельствуют о том, что неадаптивное поведение подростков связано в основном с негативными, отвергающими стилями воспитания, которые осуществляют их родители. Величины корреляций неадаптивного поведения подростков с противоположными тактиками воспитания, скажем, такими, как про-

явление родительской привязанности и поддержки, в среднем, бывают ниже или вообще отсутствуют. Эти результаты позволяют сформулировать предположение о том, что негативность, как стиль воспитания, служит фактором риска, в то время как положительная тональность воспитания (привязанность и поддержка) не может предсказать (т. е. не может быть предиктором) появления неадаптивного поведения в подростковом возрасте.

Рассмотрим типы неправильного семейного воспитания и их роль в формировании личности, в первую очередь личности ущербной, прибегающей к химическим способам изменения своего психического состояния.

Конечно, в каждой семье есть свои нюансы, сложности и проблемы. Попытка все это схематизировать и дать точную классификацию типов воспитания детей, куда бы «вписалась» любая конкретная семья, вряд ли осуществима. Любой конкретный случай всегда индивидуален, как и каждый человек с его субъективностью и неповторимостью. Однако можно определить основные параметры воспитательных воздействий, различные сочетания которых составляют типы семейного воспитания.

Рассмотрим два основных параметра семейного воспитания. Это, во-первых, внимание к детям: степень контроля за ними, руководство их поведением; и во-вторых, эмоциональное отношение к ребенку: степень душевного контакта с сыном или дочерью, нежность, ласковость в обращении с ним.

Повышенная опека ребенка, лишение его самостоятельности, чрезмерный контроль за поведением — все это характеризует воспитание по типу гиперпротекции. Когда родители, боясь «дурного влияния», сами выбирают друзей сыну или дочери, организуют досуг своего ребенка, насильно навязывают свои взгляды, вкусы, интересы, нормы поведения — это доминирующая гиперпротекция. Часто такой тип воспитания встречается в авторитарных семьях, где детей приучают безоговорочно подчиняться родителям или одному из взрослых членов семьи, волю которого исполняют все остальные. Эмоциональные отношения здесь обычно сдержанные. У детей нет глубокого душевного контакта с отцом и матерью, поскольку постоянная строгость родителей, их контроль и подавление инициативы ребенка мешают естественному развитию детской привязанности и формируют только уважение и страх.

Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции у повзрослевшего ребенка вызывает либо гипертрофированную реакцию эмансипации, и подросток вообще выходит из-под контроля родителей, становится

неуправляемым (первый вариант), либо формирует конформный (приспособленческий, пассивный) тип личности. Во втором варианте ребенок вырастает безвольным, во всем зависит от влияния окружающей среды или от лидера, более активного, чем он сам. У него не развивается чувство ответственности за свои действия, самостоятельность в принятии решений, нет цели в жизни. Он часто оказывается беспомощным в новой ситуации, неприспособленным, склонным к невротическим или непродуктивным реакциям.

Асоциальные группы привлекают таких подростков чаще всего тем, что они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие «давления» со стороны родителей. Они легко идентифицируют себя с другими подростками и охотно подчиняются лидеру, как раньше подчинялись отцу или матери. Обычно такие метаморфозы происходят во время длительного срока пребывания вне дома, например, учеба в другом городе, в техникуме, училище; переезд из села в город; поступление на работу и т. п. Оставшись без «поводыря», они готовы следовать за первым попавшимся человеком, который захочет «вести» их за собой. Например, если такой подросток, поступив работать на завод, попадет в бригаду, где по любому поводу принято употреблять спиртное, то он, не задумываясь, перенимает эту традицию, заставляет себя пить, выполняя требования традиций, подражая старшим членам бригады и безоговорочно подчиняясь им.

К доминирующей гиперпротекции относится и воспитание в условиях высокой моральной ответственности. Здесь повышенное внимание к ребенку сочетается с ожиданием от него успехов гораздо больших, чем он может достичь. Эмоциональные отношения более теплые, и ребенок изо всех сил искренне старается оправдать надежды родителей. В этом случае неудачи переживаются очень остро, вплоть до нервных срывов или формирования комплекса неполноценности. В результате такого стиля воспитания возникает страх перед ситуацией напряженности, испытанием, что в дальнейшем часто становится толчком к употреблению психотропных веществ.

Повышенное внимание к ребенку в сочетании с тесным эмоциональным контактом, полным принятием всех поведенческих проявлений означает воспитание по типу потворствующей гиперпротекции. В этом случае родители стремятся выполнить любую его прихоть, оградить от трудностей, неприятностей, огорчений. В такой семье ребенок всегда находится в центре внимания, он — объект обожания, «кумир семьи». «Слепая» любовь побуждает родителей преувеличивать его способ-

ности, не замечать отрицательные качества, создавать вокруг ребенка атмосферу восхищения и похвалы. В результате, у детей формируется эгоцентризм, завышенная самооценка, непереносимость трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. Такие подростки считают себя стоящими вне критики, осуждений и замечаний. Свои неудачи они объясняют несправедливостью окружающих либо случайными обстоятельствами. Эту позицию формирует и подкрепляет поведение родителей, которые всегда активно отстаивают интересы своего сына или дочери, не желают слушать об их недостатках и обличают всех, кто «не понимает» их ребенка или «виновен» в его неудачах.

Естественно, что личность, сформированная в условиях воспитания по типу потворствующей гиперпротекции, очень часто испытывает отрицательные переживания при первых же столкновениях с реальностью. Лишение привычной атмосферы восхищения и незатрудненного удовлетворения желаний вызывает у подростка социальную дезадаптацию, поскольку воспринимается им как кризисная ситуация. Неумение преодолевать трудности, отсутствие опыта переживания отрицательных эмоций побуждают его к употреблению психотропных веществ, поскольку они дают возможность быстро без всяких усилий (волевых, интеллектуальных, духовных) изменить свое психическое состояние.

Следует отметить, что подростки, воспитывающиеся в условиях потворствующей гиперпротекции, крайне редко попадают в поле зрения нарколога не потому, что среди них реже встречаются случаи употребления психотропных веществ. Просто родители всеми силами стараются скрыть факты употребления алкоголя или наркотиков.

Сначала они пытаются оправдать своего ребенка, как бы «не замечая того, что происходит, или объясняя такое поведение подростка его тонким душевным складом, необходимостью стимулирования творческих способностей. Затем подростка начинают лечить частным образом, чтобы избежать постановки на наркологический учет. И только когда подросток совершает преступление или все средства самостоятельно-го лечения исчерпаны, он поступает в наркодиспансер, чаще всего уже в очень запущенном состоянии.

Воспитание по типу гипопротекции, напротив, означает пониженное внимание к ребенку. В этом случае родители крайне мало интересуются делами, успехами, переживаниями подростка. Формально запреты и правила в семье существуют, требования к ребенку предъявляются, но родители не контролируют их выполнение, забывая, что они вчера требовали от сына или дочери. Ситуация бесконтрольности а то и без-

надзорности ребенка обусловлена либо равнодушием родителей, либо их чрезмерной занятостью, сосредоточенностью на других жизненных проблемах. Недаром у подростков, ставших алкоголиками, родители либо нигде не работали и вели паразитический, асоциальный образ жизни, либо, наоборот, были очень добросовестными, ответственными административными или научными работниками.

Если гипопротекция сочетается с хорошим эмоциональным контактом, т. е. родители любят ребенка, хотя и не занимаются его воспитанием, то такой ребенок растет в ситуации вседозволенности, у него не вырабатывается привычка к организованности, планированию своего поведения. Преобладают импульсы, отсутствует представление о том, что «хочу» должно быть на втором месте после «надо». У таких детей к подростковому возрасту, по сути, не развивается саморегуляция, и их поведение аналогично поведению акцентуантов по неустойчивому типу.

К серьезным негативным последствиям ведет воспитание в условиях гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью родителей, отсутствием душевного контакта. В этом случае ребенок постоянно ощущает свою ненужность, обделенность лаской и любовью. Он тяжело переживает равнодушное отношение, пренебрежение со стороны отца и матери, и эти переживания способствуют формированию у него комплекса неполноценности. Дети, лишённые любви и внимания родителей, вырастают озлобленными, агрессивными. Они привыкают рассчитывать только на самих себя, во всех видят врагов, а своей цели добиваются силой или обманом.

Наиболее часто сочетание гипопротекции с эмоциональной холодностью (вплоть до эмоционального отвержения) встречается в социально неблагополучных семьях. Там, где родители злоупотребляют алкоголем, ведут аморальный образ жизни, дети обычно заброшены, предоставлены самим себе, лишены элементарного ухода и заботы. Здесь часто применяют к детям физические наказания, побои и истязания за малейшие проступки или просто так, чтобы «сорвать зло». Тяжелая домашняя обстановка побуждает подростка искать утешения в компании таких же обездоленных сверстников. Увоенные от родителей представления о жизни и ее ценностях (асоциальное поведение, злоупотребление спиртными напитками, принципы типа «у кого сила, тот и прав» и др.) они переносят в эту уличную группу, образуя свою криминогенную среду. Очевидно, что воспитание по типу гипопротекции, по сути, оставляет ребенка «один на один» с жизненными трудностями. Лишенный руководства взрослого, его защиты и поддержки, он испытывает отрицатель-

ные эмоциональные состояния гораздо чаще, чем может выдержать еще не сформировавшаяся личность. Поэтому вместо умения преодолевать трудности, искать выход из фрустрирующей ситуации, подросток ищет способ снять напряжение, изменить свое психическое состояние. В этом случае психотропные вещества выступают для него универсальным средством для решения всех его жизненных проблем.

Помимо рассмотренных выше основных типов неправильного воспитания, существует еще множество подтипов, где переплетаются различные элементы, входящие в основные. Собственно, в чистом виде указанные типы воспитания встречаются в реальной жизни гораздо реже, чем их сочетания. Это обусловлено прежде всего тем, что в настоящее время семья не представляет такого единства, как это было в прошлом веке. Зачастую сейчас члены семьи относятся к ребенку по-разному, создавая каждый свои условия воспитания. Например, отец может осуществлять воспитание сына по типу гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью, мать — по типу доминирующей гиперпротекции в сочетании с повышенной моральной ответственностью, а бабушка, с которой внук проводит основную часть своего времени, — по типу потворствующей гиперпротекции. Что вырастет из такого ребенка? Трудно сказать. Но можно с уверенностью заявить, что условия для формирования его личности крайне неблагоприятные.

Не мало важными факторами, влияющими на воспитательный процесс, являются неконгруэнтность в общении, т.е. альтернирующее воспитание. Ситуация, в которой к ребенку предъявляются противоречивые требования, когда устои и традиции в семье практически отсутствуют, а нормы поведения непостоянны, наиболее опасна для формирования личности ребенка, особенно в раннем возрасте. Современные исследования показывают прямую связь алкоголизма и наркомании несовершеннолетних с такими условиями развития, как альтернирующий (переменный, чередующийся) тип эмоциональных отношений со стороны родителей и неконгруэнтность общения родителей с детьми.

Неконгруэнтность, т.е. несоответствие слов родителей интонации и мимике, часто встречается в случае скрываемого эмоционального отвержения ребенка. Слушая наставления и поучения родителей, находясь под постоянным контролем и вниманием взрослых, ребенок в то же время чувствует их неискренность, глубоко спрятанное равнодушие. Такое положение может сложиться в семьях с появлением мачехи или отчима, которые стараются играть роль хороших родителей. Ребенок глубоко переживает эту ситуацию, тонко чувствует фальшь отношений,

понимает, что он «лишний», что его не любят. Менее очевидно для взрослых, но не менее остро для ребенка проявляется аналогичная ситуация и в родной семье. Например, радостный, сияющий первоклассник, весь измазанный грязью, с восторгом рассказывает матери, как они сажали деревья в школьном дворе. Мать хвалит его за участие в полезном деле, но лицо ее выражает досаду и недовольство по поводу испачканной одежды. Если ребенок постоянно сталкивается с тем, что родители, вроде бы слушая и отвечая ему, думают совсем о другом и это отражается в их мимике и интонациях, его внимание раздваивается из-за противоречивого содержания общения. Это отражается и на его поведении, делая ребенка двигательно расторможенным, гиперактивным. Получая противоречивую информацию от родителей, ребенок никогда не научится концентрировать свое внимание, вырабатывать формы целенаправленного поведения.

Еще более негативные последствия дает альтернирующее, т.е. неустойчивое эмоциональное, отношение со стороны родителей, особенно матери. Имеется в виду непоследовательность, немотивированность эмоциональных проявлений, когда похвала или упрек зависят от настроения, а не от объективного (хорошего или плохого) поведения ребенка. Особенно отрицательно сказывается такой тип отношений, если он начинается с раннего детства. Например, когда мать в хорошем настроении, она обнимает, целует ребенка, увлеченно играет с ним, т.е. создает ему ситуацию удовлетворения, одобрения, счастья. Потом она отводит его в ясли или детский сад, уходит и надолго оставляет с чужими людьми, заставляя испытывать страх, тяжело страдать без ласки, утешения и, главное, ни за что, без всякой вины со стороны ребенка. Когда мать опять возвращается и забирает его домой, ей некогда играть с ребенком, она устала на работе, раздражена, сын или дочь кажутся ей надоедливыми, невыносимыми, капризными. Поэтому мать отталкивает ребенка: «Отстань, мне некогда», «Не мешай, я занята», «Иди отсюда, играй сам, мне не до тебя тут». Ребенок обижается, плачет, снова идет к матери. Мать наказывает его за капризы, а ребенок не может понять, за что: «Что случилось?», «Что плохого я сделал?». Утром он вел себя также, и все было хорошо, мать была довольна им, а вечером почему-то все плохо. Потом, когда мать опять в хорошем настроении, жизнь для ребенка снова прекрасна, хотя ведет он себя точно так же, как всегда.

В результате малыш усваивает тот факт, что все происходящее с ним (нежность и ласка матери или ее раздражительность и строгость) зависит не от его поведения, а от внешних причин, обстоятельств, времени. Вчера

было плохо, сегодня хорошо, потом опять будет плохо, непонятно почему. Ребенок не может понять, что происходит с матерью, почему она меняет одну «личину» на другую, относится к нему так по-разному. В конечном счете, он вообще отказывается от попыток понять причинно-следственные связи окружающего социума, не анализирует соответствие своих поступков социальным нормам, не вникает в причины изменения настроения у самого себя, не ищет источник своих радостей и огорчений, поскольку они непредсказуемы, как непредсказуемо настроение его матери. Такое непонимание причинно-следственных связей между поступками, действиями, настроением и эмоциональным состоянием, по мере взросления ребенка, делает все более прочным представление о неконтролируемости изменений своего психического состояния. Став взрослым, такой человек, желая поднять свое настроение (если оно не «хочет» повышаться само собой), прибегает к искусственному способу регулирования психического состояния, например, к употреблению психотропных веществ.

Родительские установки — скорее результат, чем причина девиантных форм поведения детей. Причиной же различий в поведении детей одной семьи служат генетические особенности. Иначе говоря, возможно, что неадаптивное поведение подростка, в действительности, коррелирует лишь с тем, насколько он оценивает установку своих родителей по отношению к себе как более негативную, по сравнению с их установкой по отношению к его (ее) брату или сестре, а не с тем, насколько она (эта установка) негативна в действительности. Однако (и это важно!), в обоих случаях речь идет о специфике индивидуальной среды.

Результаты исследований последних лет привели к заключению, что люди выбирают (или создают) индивидуальную среду в соответствии со своей генетической индивидуальностью

Феномен выбора среды в соответствии с индивидуальным генотипом означает, что «однотипные» генотипы (например, предрасположенность к алкоголю) стремятся выбирать и «однотипную» среду, например супруга или супругу; иными словами, распределение генотипов по вариантам среды бывает неслучайным.

Даже в том случае, когда действие средовых факторов риска имеет действительно угрожающий характер, определенная доля этого риска является по своему происхождению генетической.

Центральный вопрос в таких ситуациях — не что первично, а что вторично и каким образом взаимодействие этих двух факторов ведет к повреждению нормального механизма развития человека и формированию аддикции как формы девиации.

Наследственность выступает «дирижером» средового «оркестра», организуя (скорее, стараясь организовать) индивидуальную мелодию для индивидуального генотипа. В этом (и только в этом) смысле надо понимать все, сказанное выше. Генетические факторы весьма существенно влияют на то, как мы накапливаем, выбираем и ищем среду, в которой наиболее адекватно сможет проявляться наш генотип.

Например, генетически предрасположенные к развитию алкогольной аддикции не будут проявлять никаких признаков болезни только до тех пор, пока среда, в которой они находятся, не содержит патогенный фактор; индивидуумы же, генетически не предрасположенные к развитию данного заболевания, не будут его обнаруживать даже при наличии патогенного триггера в среде. Иными словами, патогенный фактор будет по-разному влиять на носителей гена (генов), способствующего развитию заболевания, и на тех, в чьем генотипе они не представлены.

Таким образом, можно сказать, что генетически отягощенные более чувствительны к средовым факторам риска, чем неотягощенные индивидуумы. Например, установлено, что показатели наследуемости алкоголизма были выше у незамужних женщин, чем у замужних. Очевидно, это свидетельствует о том, что предрасположенность к алкоголизму сильнее проявляется у одиноких женщин.

Мы имеем дело с, так называемым, генотип-средовым взаимодействием, отражающим чувствительность данного генотипа к конкретным условиям среды, имеет весьма существенное значение в развитии индивидуальности человека, особенно для групп людей, у которых значения исследуемых признаков находятся на краях распределений популяционных значений этих признаков.

Отягощенный алкогольный генотип (надо помнить) — это лишь предрасположенность, а значит, еще не приговор. Среда, в которую попадает такой индивидуум, может определить всю дальнейшую судьбу.

Помимо негативных последствий генетической предрасположенности и неправильного воспитания, особо следует отметить пагубное влияние на развитие ребенка неблагоприятной обстановки в семье, вызванной конфликтными отношениями между родителями. Ребенок (особенно маленький) не может определить, кто из родителей прав. Он не знает, на чью сторону становиться, и тяжело страдает, буквально «разрываясь на части» между родителями, сопереживая им обоим, потому что он любит обоих и нуждается в любви отца и матери в равной степени. Позже он научится ограждать себя от таких переживаний, начнет избегать семейных сцен, уходя из дому или не обращая на них внимания, иногда

даже посмеиваясь над «причудами» родителей. Однако эта защита будет достигнута дорогой ценой — ценой отчуждения от родителей, высокомерия по отношению к ним, эгоизма, циничного отношения к чувствам других людей.

Влияние супружеских конфликтов не только на развитие личности, но и на возникновение отклонений в психике детей (неврозы, психотические реакции и др.) давно известно детским психиатрам. Если родители используют ребенка как орудие в семейных баталиях, то конфликт между взрослыми перекладывается на плечи детей, глубоко рана их неокрепшую психику. Например, мать, убеждая сына или дочь «не любить папу», вынуждает ребенка лгать, делать вид, что он действительно больше не любит папу в угоду маме, воспитывая в нем лживость, притворство, скрытность.

Иной раз отклонения в развитии психики ребенка или его плохое поведение, возникшее как следствие конфликтных отношений между родителями, становятся стабилизаторами отношений в семье. Пока ребенок, на котором вымещается супружеский конфликт, болеет или его поведение вызывает опасение, муж и жена невольно объединяются в общей заботе о нем, острота их конфликта ослабевает. Когда же ребенок выздоравливает или его поведение нормализуется, конфликт между родителями вспыхивает с новой силой. Получается, что выздоровление ребенка дестабилизирует такую семью, и, наоборот, эта семья сохраняется за счет здоровья ребенка. Поэтому лечение невротических или поведенческих расстройств у детей — прежде всего лечение семьи, в которой они живут. Иногда удается вылечить некоторые расстройства (ночные страхи, внезапно возникающее заикание и другие отклонения), воздействуя только на родителей (в основном, на мать), даже без непосредственного контакта с ребенком.

Таким образом, семья, не сумевшая дать ребенку родительской любви, заботы, душевного контакта, ощущения защищенности, устойчивости и гармоничности отношений, приводит к самой разнообразной психической и личностной патологии в будущем, которая, в свою очередь, является предпосылкой употребления ПАВ.

Вне сомнений, легче предупредить развитие болезни, чем ее потом лечить. Реабилитация химически зависимых больных — процесс сложный, длительный, по сути, пожизненный и касается он не только «заблудшей» личности, но и ее родных и близких людей, как созависимых.

Таким образом, мы наблюдаем «строительство» порочного круга. Во-первых, семья формирует «донаркотическую» личность, создавая

для нее пожизненную проблему. Во-вторых, строит с этой личностью невыносимые созависимые отношения, приобретая серьезную «головную боль» для себя. Ну, что же... Уместно вспомнить слова известной поговорки: «Что посеешь, то и пожинаешь будешь» или «За что боролся, на то и напоролся».

Нельзя забывать, что любые значимые отношения рожают определенную долю эмоциональной созависимости, поскольку, впуская в свою жизнь близких людей мы обязательно реагируем на их эмоциональное состояние, так или иначе, приспосабливаемся к их образу жизни, вкусам, привычкам, потребностям. И это действительно так.

Однако, в так называемых «здоровых» или зрелых, отношениях всегда остается достаточно большое пространство для удовлетворения своих собственных потребностей, для достижения собственных целей и индивидуального роста личности, которая, как известно, сохраняет здоровье и жизнеспособность исключительно в процессе развития.

В отношениях же, которые мы называем созависимыми, пространства для свободного развития личности практически не остается. Жизнь человека полностью поглощена значимым Другим. И в таких случаях он живет не своей, а Его жизнью. Созависимый человек перестает отличать собственные потребности и цели от целей и потребностей любимого. У него нет собственного развития: его мысли, чувства, поступки способны взаимодействия и решения двигаются по замкнутому кругу, циклично и неотвратно возвращая человека к повторению одних и тех же ошибок, проблем и неудач.

Зависимость от человека, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками, наиболее тяжела. Она начинает проявляться как зависимость эмоционального состояния от того, пришел ли «проблемный» партнер (член семьи или любимый друг) вовремя на встречу (домой, на работу, на свидание) и в каком состоянии. Ее следствия многообразны — это и вынужденное изменение привычек (например, необходимо прятать деньги и ценности), и нарушение планов, страхи относительно своих близких, с которыми контактирует наркоман, и, наконец, погружение в чужую, навязанную и пугающую проблему.

Чем теснее осуществляется взаимодействие, тем острее чувствуется проблема, а самый тяжелый удар принимают родители подростка, который пристрастился к смертельному зелью.

Близкие наркозависимых вынуждены жить в обстановке, способствующей постоянно нарастающему стрессу. Невозможность контролировать ситуацию пребывания в постоянном страхе, чувство вины, стыда,

ощущение бессилия, возникающее при каждой мысли о том, что близкий для тебя человек уничтожает себя на глазах у всех.

В случае, если этот человек склонен создавать созависимые отношения, подобная обстановка ведет к усилению и обострению всех его невротических черт и притязаний.

Вместе с тем, какими бы особенностями характера не обладал человек, связанный с алкоголиком и наркозависимым, он будет постоянно ощущать себя жертвой и спасателем одновременно.

Нет ничего деструктивнее «спасательства». Именно «спасатели» в семейной жизни воспитывают беспомощных, безответственных потребителей (в худшем смысле этого слова). В обществе они же создают комфортные условия для безответственных и ленивых людей. «Спасатели» выполняют чужую работу, защищают обиженных, сажают себе на шею тунеядцев, наставляют на путь истинный заблудших и т. п. При этом они могут считать, что совершают благое дело, борются за справедливость, охраняют эмоциональное благополучие людей.

На самом деле, совершая все эти «благдеяния», «спасатели» преследуют единственную, часто неосознаваемую, цель — стоять «над», управлять, контролировать и чувствовать свою значимость.

Решение чужих проблем дает возможность реализации невротических потребностей в любви, власти, контроле и доминировании одновременно. Удовлетворяя эти потребности, «спасатели» не замечают, что при этом лишают других людей веры в свои силы, грубо попирают их психологические границы, навязывают им свою систему ценностей и таким образом делают их зависимыми. «Спасателям» нужны несчастные и беспомощные, им нужны жертвы, потому что без них будет невозможно осуществить свою потребность во власти, контроле и в заслуженном ожидании благодарности, т. е. подтверждении своей значимости. А для этого наилучшим образом подходит партнер, зависимый от алкоголя или наркотиков.

Учитывая вышеизложенное, важным звеном успешной реабилитации является разносторонняя и содержательная работа с созависимыми, целью которой является профилактика развития зависимой личности и созависимых с ней отношений.

Глава 4

Профилактика и коррекция созависимых отношений

В этом разделе мы хотим поделиться многолетним опытом работы с созависимыми группами наших пациентов и их влиянию на конечный результат реабилитации в целом. Психологическая практическая работа с больными наркоманией дает повод говорить об их семьях как об источниках психической травматизации личности больных, а нарушения семейных взаимоотношений нередко лежат в основе наркотической зависимости.

Когда говорят о низкой эффективности лечения больного с зависимостью, часто сетуют на фактор, снижающий эту эффективность, т. е. больной вернулся в ту же среду. Действительно, среда (особенно внутрисемейная) может способствовать рецидиву.

Дело в том, что модели отношений и поведения, сложившиеся на протяжении многих лет, не устраняются в одночасье. В семье сохраняются старые формы общения, часто возникают всевозможные споры. Хотя члены семьи счастливы оттого, что аддикт более не употребляет наркотики, тем не менее они живут в постоянном страхе, что он может снова начать их употреблять. Если он поздно возвращается домой, находится в угнетенном состоянии, близкие беспокоятся.

Кроме того, выздоравливающий наркозависимый слишком занят собой и своим лечением. Часто он бывает чрезмерно увлечен новыми встречами, собраниями в обществе «АА/АН» и поэтому не уделяет должного внимания семье. Бывает, он говорит на непонятном для других жаргоне, а его растущее самоуважение и самодостаточность усиливает у близких и без того острое чувство незащищенности. Нерешенные проблемы способствуют тому, что выздоравливающий наркоман нередко вновь возвращается к прежнему образу жизни.

Многочисленные исследования неизменно подтверждают закономерную вовлеченность семьи в патологический процесс аддикции, следовательно, лечение должно фокусироваться не только на больном, но и включать его семью. От психологической помощи выигрывают и созависимые, т. к. они сами выздоравливают и помогают выздоравливать своим зависимым родственникам, находящимся на реабилитации. Поэтому коррекционная работа с аддиктом должна включать семейные подходы.

Следует четко донести до родственников зависимого информацию о том, что результат лечения пациента во многом зависит от соблюдения

ими определенных правил поведения, как в период реабилитационного процесса, так и после его завершения.

Если же родные пациента не будут посещать консультации и, соответственно, не соблюдать определенные правила общения с ним, то, скорее всего, все успехи, достигнутые во время участия в Программе и в постреабилитационный период, могут быть сведены к нулю из-за неправильного поведения близких зависимого.

Членам семьи аддикта необходимо осознать непродуктивность взятия на себя ответственности за его поведения. Такую ответственность должен брать на себя только он сам. Только лишившись «статуса наибольшего благоприятствования», который создавался ошибочными стратегиями, аддикт получает шанс задуматься над тем, что с ним происходит. В таких случаях надо действовать по принципу: «Мы не тебя не поддерживаем — мы не поддерживаем болезнь в тебе».

Таким образом, формируя в семье атмосферу, максимально некомфортную для продолжения аддиктивных реализаций и стимулирующую наркозависимого начать лечение, члены семьи аддикта имеют возможность позитивно влиять на сложившуюся ситуацию.

Учитывая достаточно существенное влияние близких родственников больного на формирование определенной системы внутрисемейных отношений, следует уделять большое внимание разбору проблем в семье, как с пациентами, так и с их родными. Если пациент мотивирован на трезвый образ жизни без заинтересованности в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать эмоциональное потрясение в период ремиссии, осознав, что его личная трезвость родственникам обычно мало интересна.

Проработка подобных ситуаций часто происходит и на сеансах групповой психотерапии с пациентами, особенно по возвращению в реабилитационный центр после отпусков, которые предоставляются им для адаптации в семье. Разбор проблем на группах, которые могут возникнуть в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них всех условиях, помогает зависимым более адекватно строить отношения с родными.

Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами Программы большинство родных пациентов центра все же игнорируют посещения консультаций и не пытаются получить информацию о том, как надо вести себя и во время реабилитационного процесса, и в период восстановления зависимого близкого человека. Персоналу центра чаще удается привлечь родных и близких пациента к предусмотренным для

них занятиям и вовлечь их в процесс реабилитации через определенные (возможно жесткие, но необходимые) условия: встречи с больным разрешаются только в том случае, если родственники посещают необходимые занятия и другие мероприятия, которые важны для повышения эффективности реабилитации в целом.

При поступлении пациента обязательным является проведение первичной психодиагностики, в которой учитывается не только личностные особенности, но и социально-психологические проблемы в детстве, в подростковом возрасте, в семье, в школе, в межличностных отношениях и т. п. Практически нет ни одного пациента, который не имел бы каких-либо проблем, особенно в семье. В основном, они имеют следующий характер:

- один или оба родителя употребляют алкоголь;
- родителям было некогда заниматься воспитанием, они зарабатывали деньги;
- воспитывала бабушка, а родители работали или жили отдельно;
- отец или мать (а иногда и оба) «были настолько авторитарны, что хотелось сделать им назло» (со слов);
- «проблем не было: я был предоставлен сам себе» (со слов).

Поскольку химическая зависимость — это семейная болезнь, больна вся семья (физически, психологически, духовно), соответственно ее выздоровление (восстановление) должно начинаться с каждого ее члена. Каждый член семьи должен захотеть измениться, иначе выздоровление самого пациента продвигается намного медленнее, осложняясь влиянием деструктивных личностных образований, принятых в его семейном окружении.

Когда говорят о низкой эффективности лечения наркомании, часто упоминают о том, что причина лежит в возвращении наркомана в старый круг общения. Это действительно так, поскольку он возвращается прежде всего в свою семью! В большинстве случаев удается привлечь родных к сотрудничеству, пусть не сразу, не с первой встречи, а иногда и не с первой реабилитации. В этом случае родные начинают сами понимать, что «наступать на грабли дважды» бессмысленно!

Часто родители на первых семейных встречах либо обвиняют себя во всех грехах, либо полностью перекладывают ответственность за заболевание на сына или дочь, считая, что проблема только в нем самом, не понимая, что и то и другое тесно связано между собой. Есть хорошие поговорки, очень подходящие к данной ситуации: «родители не прощают детям то, что сами же в них и воспитали» и «Родители благими намерениями часто устилают дорогу в ад».

Основная работа с родственниками больных зависимостью ведется сотрудниками центра по двум направлениям. Первым из них является информационный блок, который включает цикл лекций по темам:

- био-психо-социо-духовных нарушения, которые происходят у зависимых от ПАВ; нарушения межличностных и внутрисемейных отношений и зависимого и его близких людей;
- системе поддержки в рамках групп самопомощи Ал-Анон и Нар-Анон;
- стресс и депрессия: диагностика, профилактика, коррекция;
- созависимые отношения: понятие, суть, коррекция;
- анализ чувств (тренинг).

Второе направление обозначено индивидуальной и групповой консультативной или психотерапевтической работой с родственниками пациентов центра. Индивидуальная и групповая работа проводится по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами. Цель работы: помочь членам семьи научиться определять свои чувства, адекватно их выражать; не искать виновных в формировании негативных эмоций, а ответить на вопрос к себе: «Как я сам сформировал чувство обиды (например)». Есть хорошая поговорка: «Не нас обижают, а мы обижаемся». Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление отрицания, на осознание личностных проблем, намечаются пути их решения. Для самостоятельной работы предлагаются домашние задания на различные темы.

В это же направление входит Арт-терапия, как метод психокоррекции, который является средством свободного самовыражения и самопознания. Арт-терапия имеет «инсайт-ориентированный» характер; предполагает атмосферу доверия, высокую терпимость и внимание к себе и к внутреннему миру другого человека. Она основана на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления. Она отвечает фундаментальной потребности в самоактуализации — раскрытие широкого спектра возможностей личности и утверждение своего индивидуально-неповторимого способа бытия.

Кроме того, эффективно используется аутотренинг. Освоение техник релаксации, медитации и молитвы способствует управлению настроением, позволяет осознать и ощутить контакт с Высшим Я.

Если члены семьи пациента участвуют в вышеназванных программах, прогноз эффективности лечения более благоприятный.

Программа преодоления созависимости включает в себя тренинг по освоению навыков здоровых взаимоотношений в семье на основе уважения других, по выражению любви к детям и другим членам семьи.

Данная программа сочетается с программой групповой психотерапии с сеансами индивидуальной, супружеской и семейной психотерапии, а также посещением групп «Ал-Анон», «Нар-Анон», чтением литературы по затрагиваемым вопросам, практикуется ведение дневника.

Наиболее эффективна групповая психотерапия, как главный метод преодоления созависимости. Само собой разумеется, что психотерапевт лишь предлагает отдельные методы и методики, а созависимые выбирают его или отвергают. Работа основана на добровольном участии в групповой психотерапии. Сопротивление любому вмешательству — типичная характеристика созависимых по принципу: «Умру, но не изменюсь».

Формирование психотерапевтической группы происходит после индивидуальной консультации, в ходе которой изучается внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи, «горячие точки» семьи, степень выраженности созависимости. Желательно участие в групповой работе и самого пациента. Именно поэтому Программой предусмотрены мультисемейные группы, на которых корректируются взаимоотношениями как между зависимым и его родными, так и между родственниками больного.

Принцип обратной связи позволяет участникам такой группы увидеть свои деструктивные паттерны поведения со стороны, а другим родственникам, присутствующим на такой группе и наблюдающим процесс взаимодействия какой-либо семейной ситуации, проявить эмпатию к собственному опыту взаимодействия с близкими и задуматься над способами исправления своего поведения.

Целесообразно использовать группы открытого типа, оптимальная численность которой 10–12 человек. Если в группе меньшее число участников, это может быть причиной недостаточного разнообразия ситуаций и мнений, которые служат основой, предметом дискуссий для освоения новых навыков внутрисемейных взаимоотношений. Если число лиц в группе больше 12, то не все смогут «выговориться», что может сформировать чувство неудовлетворения.

Частота психотерапевтических занятий — 1 раз в неделю, продолжительность занятия — 2–3 часа. В стационарных условиях занятия можно проводить ежедневно.

Собственно групповой психотерапии предшествует образовательная программа с изложением концепции зависимости и созависимости, концепции дисфункциональной семьи и прочие теоретические аспекты. Проведение всей психотерапии обеспечивается творческим подходом. Несмотря на разработанный сценарий каждого занятия, работа строит-

ся на основе настроения в группе, наличия у участников неотложных проблем.

Начинается каждое занятие с самопредставления: несколько слов о себе, о своем актуальном самочувствии, при этом лучше говорить о том, что мы чувствуем, чем отмечать, как мы себя чувствуем. Этот прием формирует навык идентификации чувств. Целесообразно начинать работу в группе с разогревающего упражнения. Иногда приходится корректировать сценарий, рассматривая более актуальный вопрос для группы в настоящий момент времени.

В качестве обратной связи с группой необходимо обязательное подведение итогов каждого занятия (это делает участник психотерапии по собственному желанию). Другой берет на себя функцию выразить благодарность за участие в группе, перечислить и подчеркнуть то, что именно сегодня сделали участники группы. Кроме того, можно практиковать сбор записок, в которых пишут 3 положения после группового занятия. Это дисциплинирует участников, помогает закреплению материала и является весьма полезной информацией для психотерапевта. Содержание записок не разглашается без согласия авторов, но может использоваться в дальнейших занятиях. Заканчивается занятие молитвой о спокойствии духа, либо молитвой из гештальт-терапии.

Ниже мы приводим тезисное изложение тем, которые мы обсуждаем в группах преодоления созависимости. Выздоровление от созависимости и от химической зависимости очень сходно и проходит в 6 этапов или периодов.

Формирование процесса выздоровления от зависимого поведения начинается в долечный период и в период стабилизации раннего, среднего и позднего выздоровления. Процесс выздоровления заканчивается, когда близкий или родственник химически зависимого достигает ремиссии. Это означает, что он абсолютно не употребляет алкоголь/наркотики и другие вещества изменяющие сознание, не практикует старое разрушительное поведение, восстанавливает все разрушения, которые нанесло ему зависимое поведение, демонстрирует прогрессирующее улучшение качества жизни. Следовательно, выздоровление это движение через определенные фазы частичного выздоровления. Так как зависимость — неизлечимая, хроническая болезнь, необходимо последовательно придерживаться программы выздоровления даже после достижения ремиссии.

Долечный период или 1-й этап — выживание. Этот период родственник или близкий проходит до того, как он впервые обратился за профессиональной помощью. Этот этап характеризуется отрицанием своей

проблемы зависимости и созависимости. Множество защитных механизмов способствует отсрочке признания своего бессилия перед наркотиком и/или зависимым близким человеком; невозможности контролировать и управлять собственной жизнью. Пока еще сохраняется иллюзия того, что то или иное поведение продиктовано собственным выбором, а не компульсивностью, которая фактически и руководит жизнью аддикта и членами семьи.

Созависимый отрицает ограниченность собственных возможностей, он гордится тем, что благодаря своей силе воли может выдержать еще одно разочарование. Вера в это создает иллюзию контроля над собой, когда все вокруг него вышло из под контроля — и его собственная жизнь, в которой все подчинено только мыслям о зависимом в семье, и жизнь самого зависимого. Болезнь медленно, но настойчиво учит обе стороны тому, что нужно менять свое поведение и взгляд на самого себя, окружающий мир, на то, что происходит на самом деле.

По мере прогрессирования болезни, последствия созависимости становятся все тяжелее, и, в конце концов, человек вынужден признать, что настало время меняться. Что же происходит, когда созависимый отходит или воздерживается от отрицания? Хотя у созависимых и не возникнут физические симптомы абстиненции, которые испытывают химически зависимые, когда перестают употреблять наркотики, воздержание от отрицания может стоить больших эмоциональных затрат.

Конечным результатом долечebного периода называют «достижением своего дна». Как известно, у каждого «дно» свое. С мотивационного кризиса начинается переход от долечebного периода к периоду стабилизации. Мотивационный кризис возникает и у родственника, когда он осознает, что в его жизни накапливаются проблемы, и он нуждается в помощи, чтобы понять и разрешить их. Начальная стадия выздоровления (или отказ от отрицания) могла бы проходить намного легче, если созависимый сначала заручился бы верой в то, что улучшения возможны.

Следующий этап — стабилизация. Этот период выздоровления включает период мотивационного консультирования. Основная задача этого периода — стабилизировать родственника/близкого физически и психологически, чтобы он смог осознать суть своего жизненного кризиса, соотносить этот кризис со своим прежним образом жизни, пройти первую диагностическую презентацию и развить мотивацию для последующего длительного лечения.

Ранний период выздоровления называется «переотождествлением». В этот период выполняется задача эмоциональной и когнитивной про-

работки мотивационного кризиса и острого периода стабилизации. Интенсивное и глубокое знакомство родственника с его диагнозом созависимой личности, заключается в понимании того, что его проблемы, в основном, связаны со сформированными созависимыми отношениями алкоголика/наркомана в семье. И пока главная проблема не будет решена, жизнь в лучшую сторону не изменится.

Ещё один способ осознания — интервенция. Интервенция — это процесс прямого вмешательства в течение болезни, рассчитанный на предотвращение окончательного кризиса. Интервенция проводится, когда у зависимого и созависимого ещё достаточно физических и эмоциональных ресурсов для выздоровления, и ещё не всё в жизни потеряно.

В результате интервенции в системе отрицания образуется трещина, и через неё как зависимый, так и созависимый начинают видеть свою истинную сущность. Это этап переотождествления, т.е. осознания себя и своей проблемы. На этом этапе он/она перестает утверждать что с ним всё в порядке и готов принять «ярлык» созависимого. Это жестокие слова, но они менее жестоки, чем реальность, в которой он/она живет.

Признание своей созависимости приносит три положительных момента. Первый — облегчение от того, что ты можешь более объективно посмотреть на себя; второй — возможность взглянуть на свое прошлое с новых позиций; третий — возможность, наконец-то, посмотреть в будущее, когда есть реальное основание для надежды.

Согласиться с «ярлыком» — дело нелегкое. Это значит расстаться с ролью «мученика» или праведного «преследователя»; трудно посмотреть на себя как на жертву, с одной стороны, а с другой — принять на себя безоговорочную ответственность за своё дисфункциональное поведение. На этап переотождествления созависимые вступают только убедившись, что непризнание реальности принесёт ещё больше страданий, чем её признание. Но когда «диагноз поставлен и принят», созависимый может более реально оценить то, что было в прошлом и смотреть в будущее не со страхом, а с оптимизмом.

Однако, это еще полдела. Необходимо признание ограниченности своих возможностей. Когда личность признает, что не все в жизни подвластно ее возможностям, то она начинает адекватно относиться к неуправляемости другими людьми не как к собственному недостатку, а как к признанию того, что каждый человек имеет право быть несовершенным и нести ответственность за свою жизнь.

Однако, существует опасность остановиться на этом этапе: признать свою проблему, невозможность добиться изменений лишь своими сила-

ми. Тогда выздоровление зайдет в тупик. У наркоманов это называется «сухая трезвость», т. е. вести прежний образ жизни, сохранять прежние взгляды, но при этом не употреблять наркотики и алкоголь. Если созависимый застревает на этапе «сухого похмелья», то он продолжает вести себя так, будто все подконтрольно и подвластно его воле. Результатом этого может быть быстрое «изнашивание» эмоционального состояния, которое может привести к психическому выгоранию. Для выздоровления необходимо повысить резильентность и зависимых и созависимых.

Средний период выздоровления — работа с ключевыми проблемами. Этот период начинается после того, как родственник дал согласие на длительное лечение. Первая задача среднего периода — преодолеть деморализацию, которая обычно возникает после того, как родственник принимает решение выздоравливать. Восприятие родственником самого себя, своей жизни и своего зависимого поведения поколеблено. Эта начальная деморализация используется для того, чтобы создать у родственника мотивацию на лечение. Он знает, что с ним происходит что-то неладное, и диагностическая презентация дает ошеломляющее и несомненное доказательство того, что причиной является зависимое поведение близкого человека.

В мотивационный период сформировалось убеждение у созависимого, что выздоровление возможно при соответствующей коррекции. Для этого он должен честно посмотреть на самого себя и ответить на вопросы: «Правильно ли я поступил (а)? Созависимый (ая) ли я? Несу ли ответственность за свое поведение? Действительно ли я нуждаюсь в таком интенсивном лечении? Могу ли я жить без моих старых убеждений? Могу ли я перестроить свою жизнь?».

Вслед за преодолением деморализации (созависимый) должен получить знания о своей болезни, пережить полное эмоциональное ее принятие. Это достигается путем разрешения внутреннего диссонанса, конфликта между разумом и эмоциями. Последний шаг среднего периода выздоровления — это построение собственного плана выздоровления — трезвой, осознанной жизни. К этому времени созависимый должен быть достаточно информирован и мотивирован на то, чтобы принимать решения, касающиеся собственного выздоровления, и претворять их в жизнь.

На этапе «ключевых проблем» созависимый глубже и шире осознаёт свое бессилие и начинает использовать это осознание в практических делах своей жизни.

Это, так называемый, парадокс: победа через поражение. Это означает,

что созависимому надо отступить, чтобы продвинуться вперед. Нужно воздерживаться от прежнего образа действий, старой стратегии и тактики, которые только усугубляли и затягивали проблему, не разрешая её.

На этапе «ключевых проблем» созависимый начинает всё шире применять принцип победы через поражение во всех сферах своей жизни. В конечном счёте, выздоравливающий должен принять тот факт, что взаимоотношения вообще нельзя управлять лишь усилием воли.

Для успешных взаимоотношений каждый партнер должен быть независим и автономен. Созависимым трудно пережить эту мысль и только тогда наступает осознание невозможности контролировать не только чувства другого человека, но и свои собственные чувства держать под контролем. И самое большее, что можно сделать — это честно осознать свои чувства, честно реагировать на них по возможности здоровым и адекватным поведением.

Таким образом, этап «ключевых проблем» — это отказ от жизненной борьбы, борьбы, которая идет из-за гордыни и установки на силу воли ради контроля над теми вещами, которые явно лежат за пределами возможности что-либо контролировать. По сути это Первый Шаг программы выздоровления «12 Шагов».

Поздний период выздоровления — реинтеграция (возвращение к новой целостности). На подходе к этому этапу выздоравливающий созависимый уже обратил своё поражение в добровольную капитуляцию, а слепое усилие воли в решении проблем — в готовность к изменениям и принятию. Многие пытаются избежать этапа реинтеграции, потому что в нём тоже заключён парадокс. Достигнув состояния здоровья и свободы, которые когда-то казались недостижимыми (достигнуты они были в результате признания ограниченности своих возможностей и использования силы более могущественной, не своей), созависимые не должны возобновлять установку на свою личную силу (которая у них имеется).

На этом этапе созависимый достигает принятия себя таким, каковым он является. Самоценность уже не является чем-то, что надо заслуживать бесконечными личными достижениями или через определенные взаимоотношения.

Вместо этого, самоценность становится побочным продуктом постоянного поддержания целостности во всех сферах своей жизни. А как человек достигает целостности? Благодаря осознанию, а не отрицанию; честности, а не скрытности; сознательному контакту со своими духовными устремлениями, а не высокомерию и дерзости. Всё это можно сознательно культивировать и взращивать.

Вступление в этот этап означает, что человек стал позитивно сформированной личностью. Он вернулся к состоянию контролируемости своей (и только своей) жизни, но это уже другой контроль, т. к. это результат выздоровления. Основой такого контроля является самодисциплина, а не свобода действий и вседозволенность.

В этом периоде приобретает значение потребность разрешить связанные и не связанные с созависимостью жизненные проблемы. После их решения созависимый, как правило, меняет свою систему ценностей. Он способен определить саморазрушительные личностные стили, которые могут привести к срыву. Новые личностные стили должны привести к целостному и сбалансированному способу жизни. В течение этого периода созависимый заново рассматривает свою личную историю и историю семьи (4-й Шаг). Как правило, он устанавливает или воссоздает утраченные ощущения тождественности с самим собой. По мере того, как человек достигает полной ремиссии, его внимание все более и более сосредоточивается на жизни как таковой. Он учится заново жить, приобретает душевный покой и радость от этой жизни.

Подводя итог вышеизложенному, мы пришли к следующим выводам. Созависимость — это болезнь. Сущность болезни — в навязчивом стремлении, которое создает тенденцию к саморазрушительному навязчивому поведению и одобрению окружающими, несмотря на известные неблагоприятные последствия. Созависимость — это длительный ущерб, наносимый нервной системе, здоровью и личности в целом. Этот призрак болезни (не решенный), который будет посещать созависимого всю жизнь.

Полная ремиссия может быть достигнута только при осознанности пожизненной необходимости твердого решения поддерживать здоровый образ жизни каждый день, каждый год, всегда.

Посещение групп самовзаимопомощи Ал-Анон/Нар-Анон дает возможность использования силы группы, когда слушая других, созависимые начинают понимать и обретать надежду на улучшение своей жизни, видя как Программа помогает другим.

Проведенные нами лонгитюдные исследования (в течение 5–10 лет) после возвращения наших пациентов в социум, позволяют заключить, что у тех, чьи родители не решили вопрос с созависимыми отношениями, количество срывов составило почти треть. Реабилитанты, не вернувшиеся к родственникам, а также те, чьи семьи посещали занятия для созависимых находятся в ремиссии и по настоящее время.

Помимо этого, реабилитанты, не допустившие срывов, констатируют

позитивные изменения во внутрисемейных отношениях и отмечают, что эти изменения способствуют поддержанию их уверенности в том, что длительная ремиссия возможна, в отличие от тех, где проблема созависимости не решена.

У каждого выздоровление протекает по-разному. Люди вступают в определенные этапы в разное время и идут к ним разными путями. Но те, кто ушел далеко по пути выздоровления — критерием является внутреннее ощущение «лёгкости», свободы, принятия себя — часто описывают своё путешествие в похожих выражениях.

Очень важно понять, что между выздоровлением от химической зависимости и созависимости нет существенного различия. Решать эти две проблемы необходимо по одинаковой схеме, одновременно и последовательно. Другого подхода быть не может.

Глава 5

Психодиагностика в Программе реабилитации

Многолетний опыт работы по реабилитации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию в связи с употреблением ПАВ, позволил выделить наиболее важные этапы и содержание психодиагностических, психотерапевтических, и психокоррекционных мероприятий.

Лонгитюдные исследования показали: наиболее уязвимыми чертами личности наркозависимых является мотивационная сфера как совокупность стойких мотивов, имеющую определенную иерархию и выражающую направленность личности.; деструкция эмоциональной сферы, внутриличностные и мотивационные конфликты, формирующие различные (дезадаптивные) типы психологических защит; изменение образа Я и «Я-концепции» в сторону самоуничтожения (расщепления на Я и не Я); нарушения в сфере межличностных отношений, ценностных ориентаций, что, в свою очередь, формирует внутреннюю картину болезни на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Кроме того, учитывая тот фактор, что самооценка относится к центральным образованиям личности, к ее ядру, она в значительной степени определяет социальную адаптацию личности, является регулятором поведения и деятельности. Хотя, конечно, следует отдавать себе отчет в том, что самооценка не есть нечто данное, изначально присущее личности. Само формирование самооценки происходит в процессе деятельности и межличностного взаимодействия.

Социум в значительной степени влияет на формирование самооценки личности. Отношение человека к самому себе является наиболее поздним образованием в системе отношений человека к миру. Но, несмотря на это (а может быть, именно благодаря этому), в структуре отношений личности самооценке принадлежит особо важное место.

Самооценка прямо связана с процессом социальной адаптации и дезадаптации личности. Для успешной ресоциализации личности наркозависимого коррекция этого показателя очень важна.

Когнитивный компонент у зависимых от ПАВ, с аутоагрессивным поведением характеризуется страхом отчужденности, низкой самооценкой, сомнением в способности вызывать уважение, отсутствием тенденций искать причины поступков в самом себе, ожиданием негативного отношения к себе со стороны других людей, потерей интереса к внутреннему миру, тягой изменения по отношению к наличному состоя-

нию, сомнением в ценности собственной личности, отстраненностью к своему «Я».

Эмоционально-оценочный компонент зависимых от ПАВ с аутоагрессивным поведением отличается по следующим факторам: неспособностью осознавать значимую информацию о себе, ощущение слабости, сомнение в способности вызывать уважение, плохой саморегуляцией, сомнение в ценности собственной личности, отсутствие симпатии к себе, недостаточное самопринятие, что является важным симптомом социальной дезадаптации, наличием внутренней конфликтности.

При наличии внутренних конфликтов, сомнений, тенденции к чрезмерному самокопанию и рефлексии, протекающих на общем негативном эмоциональном фоне отношения к себе, целесообразным такого состояния является нежелание осознавать и выдавать значимую информацию о себе.

Неудовлетворенность собой, тяга к соответствию идеального представления о себе, отношение к себе, как к неспособному вызывать уважение, симпатию, одобрение и понимание в глазах других, недостаточное самопринятие является важным симптомом социальной дезадаптации, и как следствие, приводит к аутоагрессивному поведению.

Феномен аутоагрессии в этом плане представляется наиболее загадочным, если, конечно, не сводить его к клинической мазохистской интерпретации. Понятно, что феномен аутоагрессии, также как и агрессии вообще, представляет значительный интерес именно для «нормальной» психологии личности, и не может быть сведен лишь к рассмотрению на уровне патопсихологии. Аутоагрессия представляет собой не просто изолированную личностную черту, особенность, но является сложным личностным комплексом, функционирующим и проявляющимся на различных уровнях.

По данным А. А. Рене, в структуре аутоагрессивного паттерна личности, как показывают наши эмпирические исследования, могут быть выделены следующие субблоки: характерологический субблок аутоагрессивного паттерна, самооценочный субблок, интерактивный субблок, социально-перцептивный субблок аутоагрессивного паттерна личности.

Аутоагрессия связана с самооценкой и самоотношением, которым принадлежит центральное место в структуре личности. Уровень аутоагрессии отрицательно коррелирует как с уровнем общей самооценки личности, так и с отдельными ее парциальными составляющими. Чем выше аутоагрессия личности, тем ниже самооценка собственных когнитивных способностей (памяти, мышления), ниже самооценка тела («фи-

зическое Я»), ниже самооценка собственной способности к самостоятельности, автономности поведения и деятельности.

Аутоагрессия связана со способностью (неспособностью к успешной социальной адаптации личности, с успешностью) неуспешностью межличностного взаимодействия в микросоциумах. Поскольку аутоагрессия — это, как правило, низкая самооценка и неприятие себя, то. Уже это вполне достаточные основания для появления трудностей социально-психологического характера, связанных с установлением контактов и осуществлением продуктивного общения.

Наличие выраженной аутоагрессии является преддиктом суицидального поведения. Возможно, это может являться одной из причин передозировки наркотиками,

Эмоциональная сфера зависимых от ПАВ значительно уплощается. Сужается эмоциональный резонанс: распространенность эмоциональных реакций уменьшается, сужается спектр эмоций — набор объектов, ситуаций, потребностей, видов деятельности, на которые раньше эмоционально реагировал человек, уменьшается. В конечном итоге, эмоциональный резонанс достигает крайней степени сужения с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности. Снижается сила (интенсивность) эмоциональных проявлений больных, сопровождающихся уменьшением невербальной выразительности, экспрессивности мимики и жестов, больные обнаруживают побледнение эмоций.

Возникающая у больных с химической зависимостью эмоциональная нивелировка выражается в исчезновении дифференцированного эмоционального реагирования на различные по значимости объекты, виды деятельности. Не относящиеся к предмету зависимости потребности, события и ситуации теряют свою значимость, а выраженность их эмоциональных реакций уравнивается.

В конце концов, наступает, так называемая, эмоциональная тупость или глухота, возникает так называемый «паралич эмоций», проявляющийся в безразличности, бесчувственности и полной эмоциональной опустошенности, что является признаками алекситимии. Алекситимия может быть как причиной, так и следствием употребления психоактивных веществ. Это можно объяснить тем, что эмоциональные реакции аддикта отличаются крайней скудностью, блеклостью и бедностью проявления. Именно поэтому, необходимо решать эту проблему в рамках реабилитационного процесса и корректировать личность для адаптации в социуме.

Эмоциональная сфера тесно связана с мотивационно-потребностной сферой и отражает ее изменения у химически зависимых людей. У химически зависимых людей доминируют низшие эмоциональные состояния. Эмоции химически зависимого человека являются показателями удовлетворенности, либо неудовлетворенности его измененных потребностей — патологического влечения, которое является доминирующим (возможно, единственным) в иерархии мотивов.

Поведенческий компонент характеризуется наличием высоких различий в реальном «Я» и идеальном «Я» у лиц, зависимых от ПАВ, с аутоагрессивным поведением по таким свойствам, как доминирование, характеризуется умеренной выраженностью в реальности, но при этом, присуще желание максимального проявления этого качества в идеале. Выраженными являются и различия в реальном и идеальном «Я» таких свойств как уверенность в себе — желание быть независимым и эгоцентричным в большей мере, нежели на данный момент; представление себя в идеале как более настойчивого в достижении цели — любыми средствами, сопротивляться любому влиянию, быть в оппозиции, обладать высокой самооценкой, в то время как в реальности обнаруживается ее ущербность, самобичевание, робость.

Присущая в реальной жизни зависимость, незрелость, несамостоятельность в идеальном «Я» находит свое отражение как самостоятельность, независимость, свобода от других. Конформизм в реальном «Я» проявляется в ориентации на мнение окружающих, поиска социального одобрения, а в идеальном «Я» — наоборот, отсутствует боязнь общественного мнения. Отзывчивость и в «Я» реальном и в «Я» идеальном проявляется в норме и характеризуется чувствительностью к поведению других, умеренной опекой над другими. Данные рассогласования приводят к внутриличностному конфликту, который откладывает свой отпечаток на поведение человека и, возможно, приводит к аутоагрессивному поведению.

По мере формирования зависимости от ПАВ личность больных претерпевает глубокие трансформации как функциональная подсистема психики: вначале теряют свою системность структуры самосознания, социализации и культурализации личности, после чего изменяется иерархия личностных интересов и ценностей, а затем создается новая система смысложизненных ориентаций с преобладанием иррационального содержания и патологической направленности личности.

В синдромокомплексе зависимости от ПАВ наряду с симптомами патологического влечения к ПАВ выявляется ряд признаков зависимого

состояния собственно личности больных. Эти признаки разделяются на две группы. Одни из них со сходной степенью вероятности свойственны больным как осознающим, так и не осознающим свою болезнь и они указывают на неполное аддиктивное развитие личности.

Другие признаки более предпочтительны лицам без критического отношения к зависимости от алкоголя. Эти проявления свидетельствуют о более полном и более выраженном алкогольно-зависимом изменении личности.

Признаками неполного аддиктивного развития личности являются укоренение в самосознании больных привлекательности употребления наркотиков и алкоголя; иллюзия самоактуализации личности с помощью психоактивных веществ; кристаллизация личностной семантики в мотивах употребления наркотиков и спиртного; однотипное реагирование употребителями на многообразие жизненных событий; диссоциированность личности с внутриличностной борьбой трезвеннических и зависимых мотивов; снижение способности личности контролировать свой образ жизни.

О более выраженном аддиктивном развитии личности свидетельствует стойкая убежденность больных в целесообразности употребления; наличие системы психологических защит, дающих «основания» для продолжения зависимого образа жизни; патологическая позиция личности в виде специфической иерархии жизненных ценностей и смыслов, которые с объективной точки зрения не способствуют ни адаптации, ни здоровью, ни жизни в целом; глубокие изменения в самосознании и самооценках; специфическая «зависимая» социализация и культурализация личности.

В процессе патологического заострения сильных граней личности у больных от ПАВ происходит нивелировка индивидуального типологического многообразия характера. При этом поведенческий профиль обусловлен не только видом заострения характера. Выявляются также различия в стиле общения и межличностных отношений, в эмоционально-волевой сфере и в контроле мотивации поведения в зависимости от осознания или не осознания больными своей болезни.

Деструкция личности при не осложнённой наркомании развивается сначала малозаметно и постепенно. Прежде чем наступит более выраженное органическое ее расстройство, обнаруживаются ранние его проявления: волевая слабость личности, интеллектуально-нравственное ее снижение, за которыми следуют её мыслительные и мнестические затруднения с нарастающей утратой личностных когнитивных ресурсов.

Таким образом, мы видим, что изменения в самосознании, обуславливающие соответствующие изменения в самоотношении у лиц с химической зависимостью, развиваются в соответствии с развитием и самого заболевания. При этом нарушения происходят во всех компонентах: когнитивном, эмоциональном, поведенческом.

У людей, страдающих зависимостью от ПАВ, отмечаются значительные различия между образами «реального Я» и «идеального Я», что и является основой развития самоотношения. На этом фоне может формироваться, прежде всего, безразличное отношение к своему будущему и настоящему, нежелание что-то менять, преодолевать трудности, отказ от каких-либо устремлений. Этот факт подтвержден нами в исследованиях при работе с пациентами по Программе реабилитации. Общая направленность самоотношения у лиц с зависимостью от ПАВ несет негативных характер, что выступает показателем психологических проблем личности, разрешение которых может привести к ее деградации.

Самопринятие является важнейшими показателем внутренней целостности, гармоничности. Результаты наших исследований показывают, что неприятие себя является наиболее выраженной чертой лиц, зависимых от ПАВ, (100%). Это негативный показатель личностного развития, свидетельствующий о наличии серьезных внутренних проблем, которые разрешаются путем употребления наркотиков и алкоголя. Такая зависимость уже не причина, а следствие.

Непринятие себя связано с вытеснением различных негативных аспектов своего Я, страхом осознания некоторых сторон своей личности, в результате чего чаще всего возникают внутренние конфликты и если защитные механизмы недостаточно эффективны, то, как раз, и происходит формирование негативных стратегий совладающего поведения — зависимостей.

Таким образом, мы можем отметить, что в интегральной характеристике самоотношения лиц с зависимостью от ПАВ важнейшим показателем является неприятие себя, что может приводить к внутренней конфликтности и обуславливать усугубление проблем.

Все это обуславливает потребность в защите, поддержке, которая поможет преодолеть трудные жизненные ситуации. Однако, нельзя забывать, что часто поддержка может восприниматься и как потребность в помощи справиться с зависимостью, и как возможность снять с себя ответственность за свою жизнь и свои поступки. Важно установить эту грань.

Таким образом, возникает необходимость более глубокого рассмотрения особенностей не только глобального самоотношения, но и самоот-

ношения, дифференцированного по самоуважению, аутсимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; уровня конкретных действий в отношении к своему «Я» и других значимых характеристик. Коррекция такого показателя во многом повлияет на мотивацию, способствующую к формированию потребности выздороветь, решать проблему зависящего поведения.

Необходимо учесть, что одним из важнейших моментов, раскрывающих сущность отношений человека к себе и своей деятельности, является совокупность мотивов. При этом под мотивами деятельности надо понимать то, ради чего человек действует, что побуждает его действовать.

В норме у человека в ходе жизни вырабатывается умение различать, разводить в текущей деятельности разноуровневые цели (реальные и идеальные), менять, в зависимости от обстоятельств, межцелевые расстояния, появляется способность встать в позицию наблюдателя по отношению к возникшей ситуации. При патопсихическом развитии это разведение в нужной мере не удается, т.е. расстояние между реальными и идеальными целями минимальны, целевые структуры негибкие, без выраженной динамики изменений. Такая же ситуация наблюдается и при других аномалиях, в частности при некоторых формах алкоголизма и наркомании.

Люди с проблемами химической зависимости мало дифференцируют разноуровневые цели. У них отсутствует умение встать в позицию отстранения не только по отношению к своим актуальным потребностям, но и по отношению к себе, к всей ситуации в целом. Важно отметить, что поиск наркотика становится главным смыслообразующим мотивом. Со временем наркотик становится определенным отношением к действительности, все возникающие проблемы начинают решаться с помощью него.

Основным мотивом поведения лиц, склонных к аддиктивным формам поведения, является бегство от невыносимой реальности. Но чаще встречаются внутренние причины, такие как переживание стойких неудач и конфликтов, чувства одиночества, утрата смысла жизни, полная невостребованность в будущем и личная несостоятельность во всех видах деятельности и многое другое. От всего этого хочется убежать, заглушить и изменить свое психическое состояние, пусть временно, но в «лучшую» сторону.

Осознавая болезнь на когнитивном и эмоциональном уровнях, принимается решение либо в пользу болезни, либо в пользу выздоровления.

ния. При принятии решения важная роль принадлежит мотивации. Она определяет и устанавливает форму принятия решения, тип решения, его общие очертания, иными словами, генеральную линию дальнейшей деятельности.

В наших исследованиях установлено: при поступлении на курс реабилитации, наркозависимые имеют ярко выраженную особенность направленности личности: на себя. Это объясняется тем, что все без исключения зависимые от ПАВ — эгоцентрики, проявляющие постоянное стремление контролировать не только прием наркотиков, но и всех окружающих его людей. По мере прохождения Программы реабилитации, перестраивается их личностная мотивационная направленность: от направленности «на себя» до направленности «на дело». На наш взгляд, это является подтверждением того, что зависимые на поздних этапах реабилитации ориентированы на достижение общих целей и имеют стремление достигать успеха при их реализации. Ведущими мотивами на этом этапе реабилитации являются следующие: познавательный мотив, мотив личностного осмысления работы и мотив достижения успеха.

Заметим, что у наркозависимых любого этапа реабилитации выявился преобладающим мотивом — познавательный. Иными словами, независимо от того, на каком этапе они находятся, их интересует результат, выполняемой деятельности. Однако, отметим, тот факт, что эти интересы имеют разные направления, потому как этот доминирующий мотив является, по своей сути, более обобщенным, т. е. зависимых от ПАВ поздних этапах реабилитации интересуют, не только сами результаты, но и то, какое влияние они могут оказать на их деятельность (выполняемую работу) и где в дальнейшем их можно использовать. Они стремятся ставить перед собой все более и более трудные задачи независимо от того, что выполняемая ими деятельность пока является однообразной. Тех же, кто находится на ранних этапах реабилитационного процесса, интересуют результаты сами по себе, без последующего их применения. Выполняя порученную им работу, они не обременяют себя тем, чтобы выполнить ее настолько хорошо, насколько это является возможным, т. е. они в меньшей степени стремятся выполнять что-либо на «отлично». Главным для этой группы является сам факт выполненной работы.

В ходе выполнения Программы реабилитации все ее участники должны получить необходимые знания о своих реальных и потенциальных возможностях, что, в свою очередь сформирует адекватную самооценку и повысит уровень мотивации к выздоровлению.

Подводя итог вышеизложенному, мы предлагаем «Пакет психодиагностических методов», которые должны входить в Программу третичной профилактики наркозависимости (см. приложение 13). Данные, полученные в психодиагностических исследованиях, являются основой для разработки индивидуальных и групповых психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Работая по Программе, мы эффективно решаем следующие задачи:

- Признание пациентом необходимости помощи.

Программа помогает взглянуть на себя со стороны и увидеть, в какую бездну внутренних противоречий и внешних конфликтов он оказался затянутым своим заболеванием. Пациент понимает, что он достиг своеобразного «дна» в своём нравственном, духовном и социальном падении и отрицать заболевание стало невозможным. Это очень важный момент, т.к. многие алкоголики/наркоманы делали неоднократные попытки остановить употребление и всё-таки срывались снова, то, осознавая с помощью Программы, в каком плачевном состоянии тела, разума и духа они находятся, пациенты приходят к пониманию того, что без посторонней помощи им не справиться.

- Формирование осознанного и добровольного желания прекратить употребление алкоголя и наркотиков.

Работая по Программе, пациент находит поддержку и понимание со стороны терапевтического сообщества. Опираясь на опыт членов сообщества, их силы и оптимизм, он может обрести уверенность в своих собственных силах, укрепиться в желании прекратить употребление алкоголя и наркотиков и в корне изменить свою собственную жизнь. Пациент должен прийти к выводу, что трезвость — это основная цель его жизни на данном этапе, что без устойчивой трезвости невозможно решение никаких других жизненных задач и проблем.

- Формирование готовности справиться с болезнью.

Поскольку Программа предусматривает необходимость достаточно глубокого изучения пациентом своих внутренних проблем и возникающих из-за этого внешних конфликтов, основных путей их решения, появляется реальная возможность изучать и перестраивать самого себя.

Пациент учится воспринимать других как чувствующих людей и, возможно, имеющих такие же внутренние противоречия, как и он; приобретает новый опыт межличностного общения; учится просить, получать и оказывать поддержку. Он формирует начальные навыки познания своих чувств и управляет своим поведением, получает теоретический и практический опыт поведения в экстремальных, стрессовых ситуациях.

Пациент меняет отношение к самому себе, укрепляет позитивную оценку событий, происходящих с ним. Программа помогает пациенту научиться любить самого себя, окружающих людей, весь мир. Следствием этого, участник Программы начинает испытывать радость не от достигнутого результата, а от процесса движения к нему. Пациенты делают первые шаги в этом направлении, признавая себя такими, какие они есть.

Так как участие пациента в Программе — это стиль жизни, мышления, мировоззрения, то за время проведения активной реабилитации пациенты формируют у себя активную жизненную позицию, настраивающую на постоянное движение вперёд. В противном случае, за остановкой движения по Программе следует отход на старые позиции алкогольного/наркотического мышления и, как следствие, алкогольный/наркотический срыв.

В процессе реабилитации пациент получает теоретическую и практическую подготовку к ведению новой, трезвой жизни. Кроме того, пациент изучает основы программы духовного возрождения и духовного роста «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, а так же его историю и традиции. Это дает возможность приобщиться к всемирному движению АА/НА и использовать 12-шаговую программу как инструмент своего дальнейшего выздоровления.

Программа предусматривает закрепление полученных знаний и навыков, а также помощь в дальнейшем личностном росте для пациентов прошедших курс активной реабилитации и продолжающих работать по личной программе выздоровления.

Учитывая определённую психологическую незрелость химически зависимых людей, мы развиваем у пациентов умение чёткого планирования всех видов деятельности; умение выделять главное из множества встающих перед ним проблем; умение брать на себя ответственность за собственные поступки и решения; умение сохранять свои собственные границы, уважать границы других.

Все вышеизложенное в этой главе, в конечном счете, способствует повышению эффективности реабилитационного процесса и длительным стойким ремиссиям. Наш многолетний опыт это подтвердил.

Глава 6

Адаптация и ресоциализация наркозависимых, участвующих в Программе реабилитации

Для современного состояния российского общества одной из наиболее острых и актуальных проблем становится сохранение, воспроизводство и развитие человеческого ресурса. Эффективность российских реформ напрямую связана с качеством жизнедеятельности каждого человека. Но, как известно, состояние человека, его деятельность, поведение, отношения с другими людьми, в свою очередь определяются социально-экономической ситуацией в обществе. В работах отечественных ученых были проанализированы последствия социально-экономических преобразований в России. Многие авторы, наряду с позитивными результатами, отмечают рост разнообразных негативных явлений, среди которых, по степени отрицательного воздействия на состояние человеческого ресурса, следует выделить наркоманию и алкоголизм (особенно среди молодежи и подростков).

Появляются работы, в которых исследователи, совершенно справедливо указывают на возникновение все новых форм психической патологии, не только в результате масштабных социальных трансформаций, но и, как следствие, влияния современных технологий. Так, о неблагоприятном действии социального окружения и неуспешной социализации упоминает А. В. Мудрик, используя при этом жесткий термин — «жертва социализации». Термин «неудачная социализация», встречающийся в работах американского социолога Н. Смелзера, принят и отечественными авторами и означает, в частности, неспособность субъекта продуктивно осуществлять свою жизнедеятельность.

Мы, пожалуй, поддержим идею, высказанную А. Ш. Тхостовым и К. Г. Сурновым, о необходимости исследования проблемы «издержек» социализации, формирования патологических форм адаптации человека к современной динамично развивающейся социальной среде и построении на этой основе системы социально-психологической помощи, а именно, профилактики, психокоррекции и реабилитации лиц, пострадавших от современного социума.

Кстати, наркоманию и алкоголизм авторы также относят к своеобразным продуктам культуры. По их мнению, негативное влияние современных технологий связано с тем, что они существенно снижают деятель-

ностную активность человека, значительно облегчая удовлетворение любых потребностей. Но снижение деятельностной активности неминуемо ведет к ухудшению функционирования человека в конкретных жизненных ситуациях.

Не случайно, психологи предполагают, что именно в особенностях структуры активности человека выражены позитивные или негативные результаты его способа жизни и поведения. Одним из таких способов жизни, можно считать и различные формы зависимостей, а именно наркоманию и алкоголизм, как формы ухода от житейских невзгод и конфликтов. Уже практически общепринятым стало считаться, что типично российским способом ухода от болезненных жизненных проблем является пьянство, к которому в настоящее время добавилась и наркомания.

Как известно, в наркоманию убегают не только от несправедливости, жестокости реальной действительности, но и от «всеобщей стандартизации, регламентации, запрограммированности жизни» [Клейберг Ю. А., 2001]. Конечно, в качестве причин, приведших конкретного человека к наркомании, можно рассматривать самые разные факторы. Но, на наш взгляд, результирующим фактором, как очень он точно определил, является следствие «... социальной неустроенности, неблагополучия, отчуждения в бездушном обществе, утраты или отсутствия смысла жизни — «экзистенциального вакуума», по В. Франклу».

Приведенные выше факты лишний раз доказывают необходимость при изучении проблемы наркомании и соответственно при разработке систем профилактики и реабилитации уделять большее внимание социально-психологическому подходу к пониманию личности. В центре внимания данного подхода — исследование активности личности в ходе социализации.

По определению Г. М. Андреевой, «социализация — это двусторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей; с другой стороны, процесс активного воспроизводства индивидом системы социальных связей за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду». Вот почему проблема снижения деятельностной активности человека в современном обществе требует особого внимания, а тем более, когда мы говорим о таком нарушении процесса социализации как наркомания.

В рамках социально-психологического подхода большой интерес вызывает предложенная в работах Ю. А. Клейберга модель девиантного поведения, благодаря своей системности и взаимосвязанности выделяе-

мых автором уровней: личностного, ситуационного и средового. В основе данной модели на личностном уровне положен анализ личности через ее жизнедеятельность, через способ организации ее жизни, через способность разрешать психологические противоречия. Это совершенно согласуется с социально-психологическим подходом, в рамках которого личность понимается как интеграл социально-психологических отношений, «который можно выявить через взаимодействие личности с социальными и психологическими условиями, ситуациями и обстоятельствами жизни и деятельности».

Накопленный опыт работы по реабилитации наркозависимых и результаты, проведенных исследований, дают основания полагать, что одной из серьезных трудностей, сказывающихся на эффективности реабилитации, является проблема усвоения наркозависимыми конструктивного социального опыта, снижение адекватной активности, отсутствие у них опыта «построения определенной стратегии деятельности», в том числе и профессиональной.

Обобщив накопленный материал, мы пришли к интересным выводам. Так, например, в ходе проведенного в реабилитационном центре «Перекресток семи дорог» исследования отношения пациентов к некоторым значимым для них темам, сферам жизнедеятельности было выявлено, что символическое представление о «Карьере» у большинства из обследованных пациентов, находящихся в центре от 1 до 5 месяцев, оказалось связано либо с негативными ожиданиями — символы болезни, опасности, зла, безысходности, либо с ожиданиями чуда, игры, эйфории. Только для 1/3 части из исследуемой выборки пациентов представление о данной сфере жизнедеятельности человека было сопряжено с позитивными символами, отношениями (жизнь, здоровье, целеустремленность, стремление, ориентир и т. д.).

Кроме того, важность данной проблемы была подтверждена и результатами анализа причин срывов среди пациентов, окончивших основной курс реабилитации. Основной причиной, как правило, являлась неприспособленность, неадаптивность к социуму, а точнее — к трезвому образу жизни и к необходимости осуществлять свою жизнедеятельность в непривычном для себя статусе «обычного» члена социума.

Стремление повысить эффективность программы реабилитации и осознание существующей проблемы нарушения деятельностной активности наркозависимых во многом способствовали возникновению у специалистов центра идеи о дополнении реабилитационного курса проектом социальной реадаптации.

По замыслу специалистов центра (авторов данного проекта) в ходе социальной реадaptации бывшему пациенту предоставляется возможность получить конструктивные навыки межличностных взаимодействий и разрешения конфликтных ситуаций в трудовом коллективе, преодолеть различные трудности общения, в том числе, и эмоциональной природы, а также приобрести профессиональные навыки, востребованные на рынке труда.

В настоящее время уже более восьми лет, центр реализует социальный проект «Разорвем «Круг зависимости». В рамках этого проекта разработано несколько направлений. Наиболее соответствующим идее социальной реадaptации является проект «Мини-типография». Одной из задач этого проекта было создание модели рабочего места в условиях максимальной приближенности к социальной реальности.

Таким образом, пациентам, участвующим в проекте, приходится выполнять не только задания, связанные с прохождением реабилитации, но и реальные официальные заказы, благодаря которым реализуется продуктивное взаимодействие с социумом и выстраивается необходимая стратегия их профессиональной деятельности.

С 2003 года после получения целевого гранта в реабилитационном центре приступили к реализации данного проекта. Изначально в силу малых возможностей к работе было привлечено 2–3 пациента, которые стали активными участниками и помощниками на всех этапах становления проекта «Мини-типография». Востребованность предлагаемых проектом услуг, появление постоянных клиентов-заказчиков позволили увеличить число участников проекта и создать более десяти рабочих мест. По окончании курса реабилитации желающие пациенты, могли трудоустроиться на эти рабочие места.

Таким образом, постепенно в рамках проекта формировался коллектив из выпускников реабилитационного центра, каждый из которых имел опыт выздоровления, работы в проекте и всегда мог поделиться с новичками собственным опытом и поддержать их при возникающих трудностях. На сегодняшний день курс социальной реадaptации в рамках проекта одновременно могут проходить 10–15 пациентов.

Результаты более чем восьмилетнего существования проекта позволяют утверждать, что благодаря выстроенной системе сопровождения был обеспечен постепенный, менее травматичный переход от дезадаптивной формы поведения наркозависимого к позитивной и созидательной жизнедеятельности. Не случайно, большое внимание в работе проекта уделяется формированию адекватного отношения к труду и ответствен-

ности, что, в свою очередь, оказывает влияние на смену приоритетов в системе ценностей в пользу уважения труда и качества своей работы.

Для того чтобы у реабилитантов была постоянная работа, а значит и заказчики, необходимо современное оборудование. Некоторые печатные машины мы приобрели за счет заработанных денег. Но для приобретения более серьезного оборудования нужна помощь людей не безразличных к данной проблеме.

Для этого организован «участок лазерной гравировки» на базе социального проекта АНО РЦ «Перекресток семи дорог». Данное оборудование позволило трудоустроить 3–5 человек дополнительно, а так же обеспечило хорошую базу для обучения ребят прошедших реабилитационный курс. Лазерный гравер может выполнять гравировку на всех поверхностях, включая металл, телефоны и т. п.

Далее проект был дополнен и разработано еще одно направление, называемое «Участок наружной рекламы» Данное оборудование позволило трудоустроить еще 2–3 человек и обеспечило хорошую базу для обучения людей, прошедших реабилитационный курс. Печатающий и режущий плоттер позволяет выполнять следующие виды работ: таблички, вывески, стенды с профилактическими материалами, термоперенос изображений, оформление интерьеров.

Следующим направлением социального проекта «Разорвем круг зависимости» является создание отделения реабилитации зависимых в Исправительной колонии № 2 г Ангарска. Более пяти лет успешно работает проект, созданный сотрудниками центра, называемый «Дорога в жизнь» по профилактике социально-негативного поведения и обучения эффективным коммуникативным навыкам в Ангарской Воспитательной Колонии. Проект направлен на социальную адаптацию лиц, находящихся в местах заключения и имеющих проблему химической зависимости. Вот уже три года проект существует за счет личных средств центра.

Практически все преступления совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, поэтому осужденные — это люди зависимые от алкоголя или наркотиков, а чаще и от алкоголя и от наркотиков. Отбывая срок в колонии, т. е. будучи в условиях вынужденной ремиссии, они живут иллюзией того, что, освободившись, перестанут употреблять химические вещества, а значит, не совершат преступления. Практика убеждает в обратном: освободившись, они вновь начинают вести прежний образ жизни, возвращаются к употреблению и, как следствие, вновь попадают под статью.

Создается порочный круг, из которого они не могут вырваться в те-

чение всей оставшейся жизни, отчего многие осужденные имеют три и более судимости. Единственным решением этой проблемы — улучшение наркологической помощи в местах заключения, совершенствование и применение психотерапевтических программ, использующих принципы системного подхода к психотерапии зависимых.

В связи с этим, наиболее эффективной формой работы с осужденными-зависимыми, является комплекс мероприятий, в который входят: информирование пациентов о проявлениях болезни, психотерапия малых групп, обучении методам послелечебного восстановления (реабилитации) и формирование терапевтического сообщества в условиях стационарного лечения.

Для формирования психотерапевтической программы в условиях пенитенциарной системы необходимо использовать сочетания различных форм групповой работы под руководством психотерапевтов (психологов) и с ориентацией осужденных на последующую реабилитацию в группах само- и взаимопомощи — Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, работающие по программе «12 Шагов». Важно заметить, что в условиях пенитенциарной системы волонтерами являются пациенты центра.

Почти у всех осужденных в ходе психологической коррекции диагностируются личностные отклонения. У многих выявляются в ходе диагностики особые нарушения в контроле импульсивного поведения, которые сыграли центральную роль в совершении преступлений агрессивного характера. В психотерапевтических мероприятиях особое внимание необходимо обращать на интенсивную проработку преступлений и на развитие способностей к регулированию импульсивности и самоконтролю.

Проработка зависимых форм поведения и преступлений содержит пошаговый анализ своей зависимости и ситуаций, условий, мотивов, а также формирование и реконструкцию поведения и переживаний. Цели данной работы заключаются в том, чтобы осужденный:

- сам взглянул на свою зависимость и собственное поведение как отклоняющееся от нормы;
- принял на себя ответственность за свое поведение и совершенные преступления;
- осознал связь между зависимостью и преступлением;
- научился контролировать себя в ситуациях повышенного риска;
- развивал чувство эмпатии по отношению к чувствам своих родных и близких, а также к жертвам своих преступлений и их последствиям для них;

- инициировал поиск альтернатив (наркотическим) фантазиям;
- сумел выработать стратегии превенции рецидива.

Групповая психотерапия является наиболее подходящей для психологической коррекции отклонений личности и межличностных отношений. Психотерапевтические мероприятия должны проводиться практически постоянно.

К каждой личности необходим индивидуальный подход, поэтому все сотрудники (члены команды), должны знать психологические особенности личности, движущие ей мотивы, возможные внутриличностные конфликты и имеющиеся проблем. Целостный подход к личности (био-психо-социо-духовный), является, в конечном счете, значительным гарантом установления доверительного и соответствующего отношения к осужденному, что позволит сохранить оптимальный терапевтический климат в отделении и эффективно проводить психокоррекционную работу. Психокоррекция разрабатывается на основании психологической диагностики для каждого конкретного случая в индивидуальном порядке.

Основная задача психокоррекции в данном случае — оказание плановой психологической помощи больным, страдающим химической зависимостью и способствование процессу ресоциализации осужденных.

Основным объектом воздействия является отклоняющееся (криминальное) поведение, которое проявляется как следствие психических отклонений. Речь идет о глубоко лежащих, уходящих в историю жизни (детство, юность) травмах и личностных отклонениях. Они проявляются как длительные и отклоняющиеся образцы мышления, чувств, переживаний, организации поведения и контроля импульсов.

Общими задачами психокоррекционной работы с осужденными являются:

- развитие стабильного терапевтического альянса с пациентом;
- развитие самополагания и самопонимания;
- познание и изменение неправильного восприятия, как конфликтного, а также других «вредных» моделей взаимодействия;
- выяснение основных мотивов, страхов и их предотвращение;
- раскрытие альтернативного способа поведения для регулирования импульсов, преодоления конфликтов и решения проблем;
- обучение зависимого человека адекватному социальному взаимодействию среди людей с такими же, как и у него проблемами, но ведущих трезвый образ жизни;
- изучение имеющихся особенностей собственной личности;

- изучение особенностей окружающей реальности, построение новых конструктивных отношений с внешней средой с учетом своего выздоравливающего Я;
- оказание помощи другим осужденным, страдающим алкогольной/наркотической зависимостью, представляя свой опыт выздоравливания.

Основными направлениями психокоррекционных мероприятий являются:

- предоставление полной информации о механизме формирования химической зависимости и ее последствиях;
- формирование мотивов, способствующих изменению разрушительного поведения;
- содействие пациенту в психологическом анализе его проблем и их проработке;
- обучение навыкам предотвращения рецидива совершения преступления и употребления алкоголя или наркотиков (программа профилактики срывов);
- развитие коммуникативных способностей;
- развитие способности построения адекватных социальных отношений;
- тренировка самоконтроля в отношении проблемных реакций в поведении;
- развитие чувства ответственности;
- тренировка самоконтроля в ситуации агрессии;
- развитие эмпатических качеств личности, способность к рефлексии;
- обучение методам саморегуляции (поведение в стрессе);
- работа с самооценкой;
- ролевые игры;
- проработка страхов;
- оптимизация межличностных отношений;

Признавая неоспоримость того, что терапевтический эффект зависит от согласия, добровольности и готовности осужденных к сотрудничеству, участие в психокоррекционных мероприятиях предполагает желание самого осужденного их пройти. Важным является и тот факт, чтобы осужденный готов говорить о своих проблемах психологу и готов открыто с ним сотрудничать.

Однако, на начальных этапах работы полной добровольности осужденных ожидать не приходится. Эффективно использовать элемент стимулирования, например, системы льгот в случае, если они будут

участвовать в мероприятиях (гуманные акты, отпуска, длительные свидания и т. п.).

Все психотерапевтические мероприятия осуществляются всегда в коммуникативной интеракции между профессиональным членом команды и осужденным. Из-за личностно-специфических характеристик (высокая степень недоверия, боязнь близости, исключительно эгоцентричное поведение, хронические проблемы в социальной области) с большинством осужденных особенно тяжело построить оптимально рабочий альянс. Образование и поддержание терапевтического союза должно постоянно находиться в зоне контроля психолога в течение всего процесса терапии.

Специалист должен эмоционально поддерживать осужденного и оказывать ему помощь. Несмотря на директивность в поведении специалиста, уместную на этом этапе, существуют четкие и понятные правила работы, выполнение которых обязательно для всех — как для персонала, так и для участников, которым не навязывается позиция «ты болен зависимостью» — он вправе сам сделать выбор.

Существуют и особенности взаимодействия сотрудников пенитенциарного учреждения в ходе психокоррекционной работы. Так, например, предусматривается регулярный обмен информацией, рабочие заседания и консультации всех сотрудников, работающих с осужденным. Психологи и консультанты из бывших пациентов центра принимают в заседаниях самое активное участие.

В целом, сохраняется принцип конфиденциальности информации, с учетом всех оговоренных законодательством исключений. Собрания коллектива терапевтической группы проводятся два раза в месяц. На собрании обсуждаются успехи пациентов, они рассматриваются как повод для продолжения реабилитации или прекращения. Рассматриваются также актуальные темы, выдвигаются предложения, которые персонал отделения передает администрации колонии. Все решения, касающиеся терапевтического процесса, обсуждаются коллективно.

Причинами прекращения психотерапии и психокоррекции могут быть:

- желание самого осужденного прервать занятия;
- нарушение общих правил отбывания наказания осужденными (например, по причинам агрессии, злоупотребления алкоголем, наркотиками, чифиром и т. п.);
- нарушение договора по реабилитационному процессу.

Во время реабилитации осужденные несут ответственность за свое поведение. В случае нарушения условий контракта участник вызывается

на заседание терапевтического совета. Этот факт отмечается в деле осужденного. Если его поведение не изменится к лучшему, он исключается из процесса реабилитации.

Участие в таком социальном проекте играет огромную роль не только для осужденных, но и для бывших пациентов центра, т.к. это способствует повышению мотивации к выздоровлению и у тех и у других: у осужденных — это пример того, что выздоровление возможно; у бывших пациентов центра — личная значимость, их нужность, что, в свою очередь, способствует повышению самооценки и мотивирует к деятельности и здоровому образу жизни.

В продолжение данного проекта сотрудниками центра создано еще одно направление, называемое «Социальное бюро» (СБ). Цель его — создание служб по социальному сопровождению лиц, освободившихся из мест лишения свободы в Иркутской области и являющимися потребителями ПАВ. Для этого оборудованы кабинеты, где с ними проводится индивидуальная работа, создана телефонная линия. Кроме того, наши волонтеры проводят такую работу в исправительной и воспитательной колониях общего и строгого режима.

Основными функциями СБ являются: координация действий заключенных, направленных на дальнейшую адаптацию в социуме; помощь в решении накопившихся за время заключения проблем; направление к специалистам медицинской службы, службы занятости, социальных служб.

В течение нескольких лет успешно реализуется проект «Телефон доверия — перекресток», который с 2011 г. финансируется через Ангарское Муниципальное Образование по программе «Выбор». Цель проекта — оказание консультативной помощи населению г. Ангарска специалистами центра. Реализация данного проекта способствует профессиональному информированию людей о вреде употребления ПАВ; пропагандированию здорового образа жизни; возможности получить полную информацию о том, куда можно обратиться за помощью и как вести себя, если в доме есть зависимый от ПАВ. Кроме этого, «Телефон доверия — перекресток» работает в системе «активного слушателя».

Следующим важным проектом является «Автомастерская». Реализация данного проекта позволила создать условия для развития материальной базы центра, способствовала росту эффективности Программы реабилитации; появились новые рабочие места, постоянно проводится обучение навыкам работы наркозависимых на основе реального проекта и показана привлекательность рабочих профессии на рынке труда.

В целом, это способствует развитию новых направлений в ресоциализации и реадaptацию в общество.

В данном проекте принимают участие 5 работников центра, привлеченные специалисты и 15–25 наркозависимых ежегодно. Пилотные исследования, проведенные в центре, показали, что реабилитанты, участвующие в проекте сохраняют устойчивую ремиссию и по настоящее время.

Следующим проектом центра является направление, названное «Сохраняя тепло, мы сохраним природу». Проект предусматривает снижение потребления энергоресурсов, а это, в свою очередь, приведет к снижению выбросов вредных веществ в атмосферу. Это и будет вкладом в улучшение экологии нашего города, области и страны в целом. Снижение затрат на тепло приводит к снижению и стабилизации стоимости услуг за реабилитацию. В конечном счете, это способствует созданию позитивного имиджа центра. Еще одним из важных моментов этого проекта является создание позитивной динамики для восстановления трудовых и социальных навыков наркозависимых и успешного возврата их в общество. Привлечение к реализации этого проекта наших реабилитантов создает такие условия, и способствует их закреплению.

Вот уже 2 года успешно реализуется проект «Перестройка». Участники данного проекта получают навыки строителя, отделочника, столяра, плотника и т. п. В настоящее время реабилитанты отремонтировали здание центра, постоянно получают заказы от местного населения на ремонт квартир и других жилых помещений.

Сотрудники центра участвуют в долгосрочной целевой программе «Молодежь Иркутской области» по профилактике наркомании, формированию приоритетов здорового образа жизни для молодых людей, на этапе возвращения из учреждений воспитательного типа, исполняющих наказание, специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков с девиантным поведением.

Целью проекта является профилактика наркомании, алкоголизма, социально-негативного поведения и обучение эффективным способам выхода из конфликтных ситуаций без насилия. Основные задачи проекта:

1. Разработать и провести тренинговые занятия для воспитанников Ангарской воспитательной колонии (АВК).
2. Привлечь ребят к занятиям по профилактике социально-негативного поведения.
3. Создать условия для формирования доверительного и эффективно-сотрудничества с воспитанниками АВК.

4. Социальная адаптация подростков из АВК.

Установление контакта с подростками непосредственно в местах лишения свободы, наиболее эффективно проводить в виде тренингов, где специалисты и волонтеры общественной организации в виде упражнений и ролевых игр смогут установить доверительные отношения с подростками (см. приложение 14).

Предоставленная программа «По профилактике социально-негативных форм поведения среди воспитанников колоний» дает возможность:

- научиться использовать личностные ресурсы;
- укрепить чувство собственного достоинства, повысить самооценку;
- сформировать позитивную установку на отношение к окружающему миру;
- осознать ценности другого человека,
- развить положительную мотивацию общения с другими людьми,
- развить коммуникативные способности;
- помочь в постановке цели, самостоятельно принимать решения и быть за них ответственными, анализировать свое поведение,
- сформировать навыки позитивного и здорового образа жизни.

Надо заметить, что этому способствует активное участие реабилитантов в спортивных мероприятиях, начиная с ежедневных пробежек, гимнастических упражнений; еженедельных футбольных и волейбольных матчей; городских, региональных и российских соревнований по футболу среди отдельных социальных групп, где наши участники Программы реабилитации занимают, как правило, одно из первых мест.

В 2011 г. во Франции проводился чемпионат мира по футболу среди бездомных. В сборную России попали пациенты нашего центра.

Чемпионат мира по футболу среди бездомных — футбольный турнир среди лиц со статусом «бездомный», ежегодно проводится при финансовой поддержке союза УЕФА и Международной Сети Уличных Газет (INSP). Задачей соревнований является развитие массового футбола, среди бездомных и социально исключенных членов общества со всего мира. Организаторы полагают, что таким образом общество начинает видеть в бездомных людей, которые нуждаются в помощи, понимании и внимании. Проведение таких турниров необходимо и самим участникам, т. к. это способствует повышению их самооценки, формирует позитивное самоотношение, свою значимость для себя и для общества, способствует хорошей адаптации. В конечном счете, все это повышает эффективность реабилитации.

По статистике, каждое соревнование изменяют в лучшую сторону жизни 77 участников из 100. Они перестают употреблять наркотики

и алкоголь, находят себе жилье, работу, начинают заниматься спортом и учиться, налаживают отношения с семьей и близкими. Многие становятся игроками и тренерами в полупрофессиональных и профессиональных клубах. УЕФА отчисляет на содержание турнира все штрафы, выплачиваемые футбольными клубами и сборными в соревнованиях под эгидой Союза европейских футбольных ассоциаций. Каждый матч турнира проводится по правилам «уличного футбола» (soccer), на асфальтовых покрытиях и длится 15 минут. Состав команды может быть смешанным, туда могут входить как мужчины, так и женщины.

В 2006 году сборная команда России одержала победу, в Кейптауне и получила на вечное хранение Кубок чемпионов мира 2006.

Конечно, истинная адаптация — это всегда активный процесс: будь то активное изменение социальной среды или активное изменение себя. Причем, это активное изменение себя, оставаясь процессом адаптации (приспособления) и решая задачи адаптации, может объективно протекать как процесс развития личности.

Адаптационный процесс должен протекать по типу активного поиска в социальном пространстве новой среды, с высоким адаптивным потенциалом для данной личности. Последнее обстоятельство («для данной личности») является принципиально важным, потому что понятие «адаптационный потенциал среды» всегда должно рассматриваться в субъективном контексте.

Эффективность такой комплексной программы по реабилитации и социальной реадaptации наркозависимых может быть проиллюстрирована следующими результатами. Так, по данным статистики и лонгитюдным исследованиям, проведенным в реабилитационном центре за 13 лет, из общего количества наркозависимых, которые обратились за помощью, выздоравливают более 43%. В случае применения комплексного подхода эти показатели значительно увеличиваются. А если учесть, что с 2003 года комплексную программу прошли более 50 пациентов и то, что на сегодняшний день 90% из них продолжают трезвый образ жизни, причем многие работают по специальности, полученной при участии в проекте (в полиграфическом рынке не только Иркутской области, но и за ее пределами), то становится очевидной актуальность и социальная значимость подобной деятельности.

Следует отметить, что проекты подобного рода уже достаточное время существуют во многих странах. В Германии, например, привлечение лиц с зависимым поведением для осуществления социально-значимой деятельности осуществляется Центрами профилактики, организован-

ных и финансируемых городскими администрациями. Данный опыт и послужил в качестве основной идеи предоставления пациентам реабилитационного центра возможности освоить профессиональные виды деятельности посредством активного участия в предлагаемых социальных проектах.

К сожалению, на сегодняшний день в отечественной системе здравоохранения и социальной работы все еще не разработаны подобные механизмы социальной помощи и поддержки людей, столкнувшихся с проблемой наркомании и алкоголизма и стремящихся преодолеть свою болезненную зависимость и вернуться к продуктивному осуществлению своей жизнедеятельности. Вышесказанное позволяет считать, что комплексный проект по реабилитации и реадaptации наркозависимых, осуществляемый в Центре, имеет инновационный характер и является эффективным средством пополнения нашего общества полноценными членами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Химическая зависимость — это болезнь, которая приводит к тому, что человек теряет контроль над употреблением алкоголя и наркотиков. Это страсти, рабство. Потеря контроля приводит к физическим, психологическим, социальным и духовным проблемам. Повреждается личность в целом.

Зависимость является физическим заболеванием, похожим на рак или болезни сердца: оно является хроническим и требует специального обращения. Вполне вероятно, что некоторые люди генетически предрасположены к тому, чтобы стать зависимыми, и реагируют на прием алкоголя и наркотиков не так, как другие люди, наследственность которых не повреждена. Все, что нужно таким людям, чтобы стать зависимыми — это начать употреблять алкоголь или наркотики, даже поначалу в умеренных количествах. Биохимия зависимости сделает остальное.

Люди не становятся химически зависимыми просто потому, что у них есть психологические или эмоциональные проблемы, или потому, что они происходят из дисфункциональных семей. Некоторые люди, у которых есть эмоциональные и психологические проблемы, с меньшей охотой ищут помощи и им требуется более интенсивное лечение для того, чтобы выздороветь.

Их основной проблемой является сильная амбивалентность и, как следствие, страх и чувство вины, вызванные употреблением наркотиков. Привычка использовать наркотики для поднятия настроения, но не для решения проблемы или принятия болезненной реальности (аддиктивный паттерн), означает отказ от «ориентированного на реальность режима функционирования Эго» [Rado S., 1967].

Вследствие амбивалентности и чувства вины за агрессию, сопровождающихся магическим мышлением, возникает еще более глубокая дисфория, требующая увеличения количества наркотиков, что приводит к развитию «фармакотимического кризиса», при котором наркотики уже не могут приносить желаемого освобождения. Параноидная паника приводит — или в большинстве случаев должна привести — к передозировке, которая иногда оказывается смертельной. Теперь мы можем говорить, что у таких людей запрещены все формы самоудовлетворения, у них генерируется особое чувство вины и ожидания столь ужасного наказания, что большинство из нас не может даже представить себе, какими кошмарами наполнена внутренняя жизнь наркомана (!).

Быть зависимым — это ни правильно, ни неправильно, это просто значит быть им. Люди, страдающие от зависимости, виноваты не боль-

ше тех, кто имеет ишемическую болезнь сердца, рак или диабет. Зависимость — это заболевание, в котором нет вины человека. Если мы будем верить, что сами развили ее, потому что что-то неправильно или дефектно в нас самих, — это просто породит чувства стыда и вины, которые могут привести к употреблению, но мы ответственны за то, что мы употребляем — с того момента, как мы приняли, что больны, и узнали, что помощь доступна.

Химическая зависимость — это болезнь. Она медленно и предсказуемо развивается и прогрессирует со временем. Это хроническая, пожизненная болезнь. Она никогда не уходит. Вне зависимости от того, как долго химически зависимый воздерживается, изменения мозга и нервной системы, которые лежат в основе болезни, не исчезают. Многие ученые верят, что болезнь развивается, даже когда человек воздерживается от употребления. Люди, которые не принимали вещества в течение десяти и более лет, часто обнаруживают, что если они возвращаются к употреблению, то стартуют не с того места, где когда-то остановились: им гораздо хуже.

Трезвость означает осмысленную и спокойную жизнь без необходимости употреблять алкоголь и наркотики. В процессе выздоровления мы движемся от разрушающей зависимости от алкоголя и наркотиков по направлению к полному физическому, психологическому, социальному и духовному здоровью.

Трезвость — это нечто большее, чем просто заживление ран. Это стиль жизни, который способствует поддержанию физического, психологического, социального и духовного здоровья.

Воздержание от веществ, изменяющих сознание — первое условие трезвости. Каждый должен сделать это прежде, чем узнаем, что делать для того, чтобы стать и оставаться здоровыми во всех областях нашей жизни. Трезвость — это воздержание от алкоголя и наркотиков. Воздержание — только начало трезвости. Это билет, необходимый, чтобы войти в театр, но не само представление, которое мы будем смотреть.

Трезвость — это путь обдумывания, путь действий, путь обращения к другим людям. Это философия жизни. Она требует ежедневных усилий в работе над программой выздоровления.

Основа процесса реабилитации — построение пациентом своего успешного поведения, изменение его в сторону выздоровления на основании личного опыта преодоления болезни и опыта преодоления проблемных и стрессовых ситуаций.

Процесс восстановления личности и ее взаимодействия с окружаю-

щей средой является главной целью реабилитации. Эта цель может быть достигнута только тогда, когда пациент является не пассивным объектом процесса терапии, а становится его активным участником, берет на себя ответственность за собственное выздоровление. Это возможно в том случае, когда пациент усваивает убеждение в том, что его поведение, действия и поступки определяют его будущее, и он сам постоянно делает выбор своих решений. При этом важным условием этого выбора является не простое следование за движением социальной среды, не податливость ее давлению, а осмысленное решение.

Очень важным является формирование личностной возможности пациента противостоять негативному давлению социальной среды, определять это давление и отличать негативное для себя давление от позитивного. Пациент учится работать с конфронтацией, принимая ее, как обратную связь, либо отвергая, избегая ее, как возможный фактор, препятствующий собственному продвижению к здоровью. При этом формируются умения сопротивляться давлению наркотизирующего или криминального окружения и выбирать социальную поддержку в том окружении, которое в соответствии с новыми формирующимися самостоятельными убеждениями необходимо для поддержания процесса выздоровления.

Внутренний контроль является важнейшим ресурсом личности, способствующим преодолению психологической и социальной зависимости от наркотиков. Такой эффект терапии средой возможен при наличии эмпатического, поддерживающего, но в то же время конфронтационного ее воздействия, которое понимается пациентом как обратная связь; не унижает его достоинства, способствует росту самоэффективности в процессе выздоровления, критическому воззрению на свое поведение при формировании позитивной самооценки и установлении разумных личностных границ. Без сформированного внутреннего личностного контроля активное взаимодействие пациента с окружающей средой будет невозможным, а, следовательно, возможность самого процесса выздоровления окажется весьма сомнительной.

Для процесса восстановления необходимо не только желание самого пациента. Нужна сформированная мотивация, которая является осознанной необходимостью, определяет стремление пациента к выздоровлению. Однако, это стремление должно быть осмысленным, понятным и продуманным. Мотивация — не раз и навсегда сформированная позиция. В процессе выздоровления — это постоянно развивающаяся и меняющаяся составляющая.

Нельзя сформировать мотивацию на выздоровление раз и навсегда. Это — непрерывный процесс, как непрерывен и разнообразен процесс постоянных, позитивных изменений, который и является выздоровлением. Мотивация на включение в лечение еще не означает мотивацию на прекращение употребления наркотиков. Мотивация на прекращение употребления наркотиков или на изменение своего поведения, связанного с наркотиками еще не означает мотивацию на преодоление болезни, работу с влечением к наркотику, преодоление искушения. Мотивация на преодоление болезни еще не означает мотивацию на личностный рост и развитие, восстановление утраченных ресурсов и формирование новых, а эта мотивация еще не означает мотивацию на социальную и коммуникативную активность, на преодоление стрессов, трудностей, психологических и социальных проблем в настоящее время и всегда в будущем.

Таким образом, становится очевидным, что в основе реабилитационного процесса лежит помощь пациенту в формировании и поддержании различных мотивационных установок в важности осознания болезни и уверенности в возможности и необходимости достижения целей выздоровления.

Подводя итог вышеизложенному, можно сказать, что реабилитация — это наиболее оптимальный путь решения проблемы химической зависимости. И задачей всех специалистов, работающих в этой области, является создание, развитие и совершенствование подобных терапевтических программ, включающих всестороннее изучение личности наркозависимого, что обеспечит эффективность психокорректирующих мероприятий и всего реабилитационного процесса в целом.

ЛИТЕРАТУРА

Айзенбах-Штангль И. Движение Анонимные Алкоголики//Вопр. Наркологии. — 1996. — № 3. — 47 с.

Андреева Г. М. Социальная психология. — М.: Наука, 2002. — 378 с.

Бабаян Э. А. Современные подходы к химической зависимости/Э. А. Бабаян, М. Х. Гонопольский. — М.: Медицина, 1987. — 195 с.

Баркова Н. П. Самоотношение лиц с химической зависимостью. — Новосибирск.: Наука, 2004. — 187 с.

Баркова Н. П., Ванкон И. Г. К вопросу о психологической зависимости. // Известия Иркутского государственного университета (Серия «Психология»). — Иркутск.: ИГУ, 2012. — С. 2–10.

Баркова Н. П., Ванкон И. Г., Ярославцева И. В. Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде (Учебное пособие). — Иркутск: ИГУ, 2012. — 131 С.

Барцалкина В. В. Программа духовного развития «12 Шагов» в практике лечения алкоголизма//Мир психологии и психология мира. — 1994. — № 1. — С. 86–92.

Батищев В. В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма//Вопр. наркологии. — 1998. — № 2. — С. 62–79.

Батищев В. В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от ПАВ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение/В. В. Батищев, Н. В. Негериш. — М.: Наука, 2001. — 221 с.

Батищев В. В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ/В. В. Батищев, Н. В. Негериш//Вопр. наркологии. — 1999. — № 2.

Батищев В. В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей/В. В. Батищев, Н. В. Негериш//Алкогольная болезнь. — 1999. № 2. — С. 27–31.

Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А. Социальная психология личности. — М., 2001. — 301 с.

Белогуров С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях/С. Б. Белогуров. — СПб.: Феникс, 1998. — 134 с.

Бенюмов В. М. Вред алкоголя, никотина и наркотиков: пособие для учителя/В. М. Бенюмов, О. Р. Костенко, К. М. Флоренсова. — Кив.: Радянська школа, 1989. — 125 с.

Березин С. В. Психология ранней наркомании/С. В. Березин, К. С. Лицейский. — Самара: Самарский университет, 2000. — 64 с.

- Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия/Э. Берн. — СПб.: Братство, 1992. — 224 с.
- Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем/Э. Е. Бехтель. — М.: Медицина, 1986. — 272 с.
- Бикмаматова Н. Х. Особенности формирования наркоманий у лиц с различными преморбидными особенностями личности (тез. докл. науч.-практ. конф. невропатологов и психиатров Киргизии)//Вопр. наркологии. — Фрунзе, 1980. — Ч. 1. — С. 14–15.
- Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов/В. М. Блейхер, И. В. Крук. — Воронеж: НПО «Модек», 1995. — 640 с.
- Большой толковый психологический словарь: пер. с англ./Артур Ребер. — ООО «Изд-во АСТ»; «Изд-во «Вече», 2001. — 560 с.
- Братусь Б. С. Аномалии личности/Б. С. Братусь. — М.: Мысль, 1988. — 301 с.
- Браун Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики/Д. Браун, Д. Педдер. — М.: Класс, 1998. — 224 с.
- Булаева К. Б. Генетические основы психофизиологии человека/К. Б., Булаева. — М.: Наука, 1991. — 207 с.
- Ванкон И. Г. Социально-психологические аспекты реабилитации в группах с зависимостью от наркотических веществ: автореф. канд. психол. наук/И. Г. Ванкон. — Ярославль: МАПН, 2002. — 32 с.
- Ванкон И. Г., Крохта Н. В. Психология зависимого поведения (Учебное пособие). — Иркутск: ИГТУ, 2008. — 69 с.
- Викдорчик М. И., Жданова М. Е. Метод портретных выборов Леопольда Сонди как инструмент теории судьбоанализа.. — Кемерово: изд-во «Ступень», 1997. — 146 с.
- Войскунский А. Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета//Психол. журн. — 2004. — Т. 25, № 1. — С. 90–100.
- Волкова Е. А. Личностные особенности гемблеров и наркозависимых/Е. А. Волкова, А. Ю. Егоров//Наркология. — 2007. — № 4. — С. 39–43.
- Воронович Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом//Вопр. наркологии и психиатрии. — Кустанай, 1991. — № 4. — С. 76–79.
- Гавриш Н. В., Равич-Щербо И. В., Шибаровская Г. А., Шляхта Н. Ф. Индивидуальная ЭЭГ, ее онтогенетическая стабильность и генотипическая обусловленность//Мозг и психическая деятельность. М, 1984. — 475 с.
- Генотип. Среда. Развитие/М. С. Егорова [и др.]. — М.: ОГИ, 2004. — 251 с.

Горбачевская Н. Л. и др. Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности//Физиология человека. 1996. Т. 22. № 5. С. 49–55.

Григоренко Е. Л. Генетический метод: Изучение роли наследственности и среды в рамках квазиэксперимента//Методы исследования в психологии: квазиэксперимент/под ред. Т. В. Корниловой. — М., 1998. — С. 76–108.

Григоренко Е. Л. Моделирование с помощью ЛИ ЗРЕЛА: Генетические и средовые компоненты межиндивидуальной вариативности по признаку зависимости-независимости от поля/Е. Л. Григоренко и др.//Вопр. психологии. — 1996. — № 2. — С. 55–67.

Гурвич И. С. Химическая зависимость/И. С. Гурвич. — СПб.: Феникс, 2001. — 338 с.

Данилова Н. Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний/Н. Н. Данилова. — М.: МГУ, 1995. — 132 с.

Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность/Я. Гишинский [и др.]. — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 200 с.

Демина М. В. «Внутренняя» картина наркологической болезни/М. В. Демина. — М.: Медицина, 2004. — 58 с.

Доддс Л. М. Психическая беспомощность и психология аддикции// Психология и лечение зависимого поведения/пер. с англ. Р. Р. Муртазина; под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2000. — С. 151–164.

Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь/М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. — Минск: Хелтон, 1998. — 144 с.

Егоров А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия//Вопр. психического здоровья детей и подростков. — 2003. — № 1 (3). — С. 10–16.

Егоров А. Ю. нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)//Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65–77.

Егоров А. Ю. Нехимические зависимости/А. Ю. Егоров. — СПб.: Речь, 2007. — 201 с.

Егоров А. Ю. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью/А. Ю. Егоров, Н. А. Кузнецова, Е. А. Петрова//Вопр. психического здоровья детей и подростков. — 2005. — Т. 5, № 2. — С. 20–27.

Егорова М. С. Генетика поведения: Психологический аспект/М. С. Егорова. — М.: Socio Logos, 1995. — 156 с.

Егорова М. С. Психология индивидуальных различий/М. С. Егорова. — М.: Планета детей, 1997. — 325 с.

Елизаров А. Н. Факторы попадания детей в группу риска и работа с ними практического психолога//Дети группы социального риска: Проблемы, поиски, решения: IV гор. науч.-практ. конф. (8–9 ноября 2001 г.): тез. — Хабаровск, 2001. — С. 107.

Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях/Е. В. Емельянова. — СПб.: Речь, 2004. — 439 с.

Захаров А. И. Типы материнских отношений/А. И. Захаров. — М.: Наука, 2004. — 145 с.

Зейгарник Б. В. Очерки о психологии аномального развития личности/Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. — М.: МГУ, 1980. — 157 с.

Зейгарник Б. В. Саморегуляция поведения в норме и патологии/Б. В. Зейгарник, А. Б. Холмогорова, Е. С. Мазук//Психол. журн. — 1989. — № 2. — С. 121–133.

Зыков О. В., Цымбал Е. И., Полятыкин С. А., Доронкин В. В. Правовая наркология: концепция реформы наркологической помощи. — М., 2011. — 56 с.

Иванец Н. Н. О роли личностного фактора при хроническом алкоголизме.//Вопр. психоневрологии. — 1980. — Вып. 8. — С. 54–56.

Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний//Лекции по клинической наркологии. — М.: НАН, 1995. — 105 с.

Иванова Е. Б. Как помочь наркоману/Е. Б. Иванова. — СПб.: Невский диалект, 2001. — 142 с.

Игонин А. Л. О влиянии некоторых микросоциальных и личностных факторов на патологическое влечение к алкоголю при хроническом алкоголизме//Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1977. — С. 116–122.

Имелинский К. Сексология и сексопатология/К. Имелинский. — М.: Медицина, 1986. — 291 с.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.

Касимова Э. П. Жизненный опыт — путь к наркотикам? Путь к свободе от наркотиков!/Э. П. Касимова. — Казань: Медицина, 1999. — 28 с.

Кесельман Л. Социальное пространство наркотизма/Л. Кесельман, М. Мацкевич. — СПб.: Медицинская пресса, 2001. — 98 с.

Классен И. А. Диагностика анозогнозии у больных хроническим алкоголизмом после психотерапевтического лечения/И. А. Классен, М. А. Шмакова//Казан. мед. журн. — 1986. — Т. 67, № 2. — С. 115–118.

Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: учеб. пособие для вузов/Ю. А. Клейберг. — М.: ТЦ Сфера, 2001. — 295 с.

Клиническая психология/под ред. Б. Д. Карвасарского. — Изд. 3-е. — СПб.: Питер, 2007. — 958 с.

Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (К проблеме нозогений)/А. Б. Смулевич [и др.]//Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97. — С. 4–9.

Коган М. С. Мир общения/М. С. Коган. — М.: Политиздат, 1998. — 101 с.

Козлов А. А. Психологические особенности больных наркоманиями/А. А. Козлов, Т. С. Бузина//Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — № 10. — С. 14–19.

Колесов Д. В. Эволюция психики и природа наркотизма. — М.: МПСИ; Воронеж: Изд-во «МОДЭК», 2000. — 400 с.

Кордуэлл М. Психология. А–Я: слов.-справ./М. Кордуэлл; пер. с англ. К. С. Ткаченко. — М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. — 288 с.

Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития//Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1991. — № 1. — С. 8–15.

Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе/Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — Новосибирск: Наука, 1990. — 133 с.

Котляров А. В. Другие наркотики, или Homo Addictus: Человек зависимый/А. В. Котляров. — М.: Психотерапия, 2006. — 111 с.

Котляров А. Н. Разорвем круг «зависимости»/А. Н. Котляров, Е. Н. Агеева//Ведомости уголовно-исполнительной системы. — 2006. — № 3.

Кочунас Р. Основы психологического консультирования/Р. Кочунас. — М.: Академический проспект, 1999. — 240 с.

Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков/С. А. Кулаков. — М.: Просвещение-АСТ, 1998. — 462 с.

Кулаков С. А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков/С. А. Кулаков. — М.: СПб.: Фолиум, 1996. — 48 с.

Купер К. Индивидуальные различия/К. Купер. — М.: Аспект Пресс, 2000. — 257 с.

Курек Н. С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь/Н. С. Курек. — М.: ИП РАН, 1996. — 245 с.

Лазурский А. Ф. К изучению психологической активности. Программа исследования личности/А. Ф. Лазурский. — СПб.: Алетейя, 2001. — С. 124–126.

Ланда А. Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами//Некоторые проблемы наркомании: сб. науч. тр. — М., 1989. — С. 103–110.

Левин Б. М. Родители и распространение наркотической зависимости среди подростков//За здоровый образ жизни (борьба с социальными болезнями). — М.: Ин-т социологии АН СССР, 1991. — Кн. 1. — С. 86–101.

- Левонтин Р. Человеческая индивидуальность: Наследственность и среда/Р. Левонтин. — М.: Прогресс, 1993. — 208 с.
- Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность/А. Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 2002. — 416 с.
- Леонтьев А. Н. Психология общения/А. Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 1999 а– 254 с.
- Леонтьев А. Н. Психология смысла/А. Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 1999 б. — 359 с.
- Лисецкий К. С. Психология и профилактика ранней наркомании/К. С. Лисецкий, И. А. Мотынга. — СПб.: Питер, 1996. — 101 с.
- Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков/А. Е. Личко. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
- Ломов Б. Ф. Проблемы генетической психофизиологии человека/Б. Ф. Ломов; ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Наука, 1978. — 264 с.
- Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии/Б. Ф. Ломов. — М.: Наука, 1984. — 444 с.
- Лурия А. Р. Об изменчивости психических функций в процессе развития ребенка//Вопр. психологии. — 1962. — № 3. — С. 15–22.
- Лысенко И. П. Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом/И. П. Лысенко, А. Д. Ревенок//VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. — М., 1988. — Т. 1. — С. 392–294.
- Макаров В. В. Применение психоанализа в аддиктологии/В. В. Макаров. — М.: Наука, 1998. — 104 с.
- Макеева А. Г. Не допустить беды:/А. Г. Макеева; под ред. М. М. Безруких. — М.: Просвещение, 2003. — 191 с.
- Малых С. Б. Основы психогенетики/С. Б. Малых, М. С. Егорова, Т. А. Мешкова. — М.: Эпидавр, 1998. — 744 с.
- Марсер Д. Е. Индивидуальное консультирование наркозависимых/Делинда Е. Марсер, Джордж Вуди. — Варшава: Фонд С. Батори, 2001. — 310 с.
- Мартин Д. Беседы с мелом у доски. СПб: Фонд им. С. Батория. — 1993 г. — 189 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: пер. на рус. яз./под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994. — 303 с.
- Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие/В. Д. Менделевич. — СПб.: Речь, 2005. — 444 с.

Меньшикова Е. С. Программы профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками для подростков//Семейная психология и семейная терапия. — 1997. — № 2. — С. 88–105.

Методическое руководство по работе с пациентами с проблемами химической зависимости/под ред. И. Г. Ванкон. — Иркутск: Фонд НАН, 2004. — 56 с.

Методология системного подхода/В. Н. Садовский [и др.]. — СПб. Феникс, 2000. — 274 с.

Мешкова Т. А. Психогенетика: Учебное пособие. М.: Педагогика, 2004. — 379 с.

Морли С. Методы когнитивной терапии и тренинга социальных навыков/С. Морли, Дж. Шефферд, С. Спенс. — СПб. Феникс, 1996. — 241 с.

Москаленко В. Д. Лечение созависимости//Современные направления психотерапии и их клиническое применение: 1-я всерос. учеб.-практ. конф. по психотерапии: материалы. — М., 1996. — С. 47–48.

Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления//Лекции по наркологии. — М., 2000. — С. 365–405.

Мудрик А. В. Социализация и воспитание. — М.: Педагогика, 1997. — 214 с.

Мясищев В. Н. К вопросу теории психотерапии./Ред. В. Е. Рожнов.-Ташкент: Медицина, 1979. — 179 с.

Мясищев В. Н. Психология отношений. — М.: «Ин-т практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. — 356 с.

Нарахно К. Гештальттерапия/К. Нарахно. — Воронеж: НПО «МОДЕК», 1995. — 304 с.

Негериш Н. В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от ПАВ/Вопр. наркологии. — 1999. — № 2. — С. 23–35.

Некоторые особенности осложненной опийной наркомании в возрастном аспекте/И. Г. Ураков [и др.]//Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. — Вильнюс, 1983. — С. 91–94.

Никифоровский В. А. Великие математики Бернули. — М.: Просвещение, 1984. 276 с.

Организация работы психологической службы пенитенциарных учреждений ФРГ: учеб. пособие/ВЮИ Минюста России. — Владимир: Владский Юридический Институт, 2000. — 203 с.

Осятынский В. О преступлениях и наказаниях/В. Осятынский. — Варшава: Фонд С. Батори, 2003. — 276 с.

Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт: пер. с англ./Н. Пезешкиан. — М.: Культура, 1994. — 332 с.

Петрилл С. Генетические и средовые связи между общими и специальными когнитивными способностями у престарелых//Иностран. психология. — 2001. — № 14. — С. 17–23.

Пиаже Ж. Избр. психол. тр./Ж. Пиаже. — М.: МПА, 1994. — 675 с.

Писарев Д. И. Мотивы русской драмы//Писарев Д. И. Соч. Т. 2.– М.: Худож. лит., 1955. — С. 392.

Позднякова М. Е. Социологический анализ наркомании/М. Е. Позднякова. — М.: РАН, 1992. — 245 с.

Проценко Е. Н. Наркотики и наркомания/Е. Н. Проценко. — М.: ИНФОРМ-12, 1999. — 112 с.

Психологическая диагностика осознания болезни при опийных наркоманиях: метод. рекомендации/под ред. Плотникова В. В., Погосова А. В., Барбина Е. М. — Курск: КГМУ, 2002. — 15 с.

Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования)/под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого. — Самара: СГУ, 1998. — 79 с.

Психология зависимости: хрестоматия/сост. Сельченков К. В. — Минск: Харвест, 2005. — 592 с.

Психология и лечение зависимого поведения/пер. с англ. Р. Р. Муртазина; под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2000. — 240 с.

Психология индивидуальных различий/под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. — М.: МГУ, 1982. — 720 с.

Психосоциальная аддиктология/под ред. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. — Новосибирск: Олсиб, 2001. — 262 с.

Психотерапевтическая энциклопедия/под ред. Карвасарского Б. Д. — СПб., 1999. — 743 с.

Психотерапия/под ред. Б. Д. Карвасарского. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2007. — 657 с.

Пятницкая И. Н. Наркомании/И. Н. Пятницкая. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.

Равич-Щербо И. В., Марютина Т. М., Григоренко Е. Л. Психогенетика. — М.: Педагогика, 2008. — 448 с.

Роджерс К. О групповой психотерапии/К. Роджерс. — М.: Гиль-Эстель, 1993. — 225 с.

Розум С. И. Психология социализации и социальной адаптации человека. — СПб.: Наука, 2006. — 365 с.

Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности человека/под ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Педагогика, 1988. — 336 с.

- Рохлина М. Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение/М. Л. Рохлина, А. А. Козлов. — М.: Анажарсис, 2001. — 208 с.
- Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии/С. Л. Рубинштейн. — СПб.: Питер, 2003. — 560 с.
- Рудестам К. Групповая психотерапия/К. Рудестам. — М.: Прогресс, 1993. — 368 с.
- Руководство по аддиктологии/под ред. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 784 с.
- Санатрон: система оценки и реабилитации физиологических функций человека в реальных условиях жизнедеятельности. — М.: Медицина, 2000. — 336 с.
- Сельченко К. В. Аддикция как форма рабства/К. В. Сельченко. — СПб.: Питер, 2002. — 187 с.
- Соломзес Д. А. Наркотики и общество/Д. А. Соломзес, В. Чебурсон, Г. Соколовский. — М.: ООО «Иллойн», 1998. — 192 с.
- Сонди Л. Учебник экспериментальной теории побуждений/Л. Сонди. — Штутгарт, 1960. — 560 с.
- Социальный контроль над девиантностью в современной России/под ред. Я. И. Гилинского. — СПб.: Ф РАН, 1998. — 194 с.
- Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей/Г. В. Старшенбаум. — М.: Когито-Центр, 2006. — 366 с.
- Старшенбаум Г. В. Как стать семейным психологом//Психотерапия. — 2007. — № 3. — С. 56–59.
- Судаков К. В. Информационная модель системной организации психической деятельности человека («детектор интеллекта»)/К. В. Судаков, Е. А. Умрюхин//Моделирование функциональных систем. — М., 2000. — С. 94–152.
- Судаков К. В. Рефлекс и функциональная система/К. В. Судаков. — Н. Новгород: Новг. Государственный Университет, 1997. — 399 с.
- Судаков К. В. Теория функциональных систем/К. В. Судаков. — М.: Мед. музей, 1996. — 95 с.
- Талызина Н. Ф. Природа индивидуальных различий: Опыт исследования близнецовым методом/Н. Ф. Талызина, С. В. Кривцова, Е. А. Мухаматулина. — М.: Изд-во Московского Университета, 1991. — 268 с.
- Тарасов К. Е. Социальная детерминированность биологии человека/К. Е. Тарасов, Е. К. Черненко. — М.: Мысль, 1979. — 366 с.
- Теофраст. Характеры. — Л.: Наука, 1974. — 122 с.
- Требач А. С. Примерение с наркотиком//Социол. исследования. — СПб., 1991. — № 12. — С. 131–147.

Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации//Психологический журнал. — 2005. — № 6. — С. 16–24.

Фопель К. Психологические группы/К. Фопель. — М.: Генезис, 2000. — 256 с.

Франкл В. Человек в поисках смысла/В. Франкл. — М.: Прогресс, 1990. — 135 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ/сост. Ярошевский М. Г. — М.: Наука, 1990. — 446 с.

Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности//Психология бессознательного/В сб./сост. М. Г. Ярошевский. — М.: Просвещение, 1989. — 448 с.

Фромм Э. Иметь или быть: пер. с англ./Э. Фромм. — М.: АСТ, 2000. — 400 с.

Функциональные системы организма/под ред. Судакова К. В. — М.: Медицина, 1987. — 432 с.

Холодная М. А. Психология интеллекта: Парадоксы исследования/М. А. Холодная. — Томск: Томский Университет, 1997. — 189 с.

Хорни К. Наши внутренние конфликты//Хорни К. Собр. соч.: в 3 т. — М.: Смысл, 1997 а. — Т. 3. — 289 с.

Хорни К. Самоанализ//Хорни К. Собр. соч.: в 3 т. — М.: Смысл, 1997 б. — Т. 2. — 309 с.

Хьелл Л. Теории личности/Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер, 2003. — 198 с.

Чудновский В. С. Сравнительное изучение патологии самосознания при психических заболеваниях//Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. — 1985. — Т. 85, № 1. — С. 106–111.

Чудова И. В. Особенности образа «Я» «Жителя Интернета»//Психол. журн. — 2002. — Т. 22, № 1. — С. 113–117.

Шабалина В. В. Когнитивная структура психической зависимости// Наркология. — 2006. — № 9. — С. 69–72.

Шестопалова Л. Ф. Ценностно-смысловая сфера личности со специфическими расстройствами и склонностью к противоправному поведению/Л. Ф. Шестопалова, Т. А. Перевозная//Психол. журн. — 2003. — Т. 24, № 3. — С. 66–71.

Шибутани Т. Социальная психология/Т. Шибутани; пер. с англ. В. Б. Ольшанского. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 544 с.

Шорохова О. А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости/О. А. Шорохова. — СПб.: Питер, 2002. — 233 с.

Щеглов Ф. Г. Игровая зависимость: рецепты удачи для азартных игроков. — СПб.: Речь, 2007. — 448 с.

Энциклопедия глубинной психологии/под ред. А. М. Боковикова. — М.: Когито-Центр, 2001. — 752 с.

Ядвинский И. И. Наркотическая катастрофа/И. И. Ядвинский. — М.: Прогресс, 2003. — С. 47–54.

Янг К. С. Диагноз — Интернет-зависимость//Мир Интернет. — 2000. — № 2. — С. 24–29.

Bouchard T., Lykken D., McGue M. et al. Sources of human psychological differences the Minnesota study of twins reared apart./Science, 1990. Vol 250 P. 223–228

Brody N. Personality in Search of Individuality/N. Brody. — Acad. Press, 1988.

Bulaeva K. Visual evoked potentials: phenotypic and genotypic variability/K. Bulaeva, T. Pavlova, C. Guseynov//Behav. Genetics. — 1993. — Vol. 23. — P. 223–235.

Carnec P. Out of the shadows/P. Carnec. — Minnesota, 1992.

Приложение 1

Индивидуальная карта участника программы социальной реабилитации

« _____ ».

Карта № _____

(согласно номеру договора)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Данные паспорта (серия, номер, дата и место выдачи) _____
3. Дата и место рождения _____
4. Место жительства согласно прописке _____
5. Фактическое место проживания _____
6. Контактные телефоны _____
7. Последнее место работы, учебы _____
8. Образование _____
9. Основная профессия (специальность): _____
10. Квалификация (разряд, категория, звание) _____
11. Тип зависимости _____
12. Срок зависимости _____
13. Количество попыток избавиться от зависимости:
самостоятельно _____
в медицинских центрах _____
в программах социальной реабилитации _____
14. Причины срывов _____
15. Ограничения и комментарии, связанные с состоянием здоровья
(в том числе инвалидность) _____
16. Сведения о прохождении реабилитационной программы

№	Этап программы	Время прохождения	Мероприятия программы	Результаты прохождения этапа

При внесении в таблицу сведений относительно прохождения программы следует отразить следующие моменты этапов реабилитационной программы

1. Информирование

В данном разделе указывается источник получения участником информации о работе «Организации».

2. Консультирование

В данном разделе отмечается, какая информация и в каком виде была предоставлена потребителям наркотических средств, их родственникам, близким подготовленными сотрудниками организации — консультантами.

3. Приезд для прохождения программы социальной реабилитации

В данном разделе следует:

- представить результаты медицинского обследования участника программы. Здесь должны быть обозначены ВИЧ/СПИД, гепатиты В, С, другие болезни, не поддающиеся радикальному лечению. Должно быть дано предписание по нахождению участника в коллективе;
- перечислить нормативно-правовые документы, с которыми участник был ознакомлен;
- указать номер договора, заключенного с участником.

4. Адаптация в программе

В данном разделе следует:

- указать, какие социальные услуги (перечень основных услуг указан в Стандарте) были оказаны;
- получить расписку от участника программы о намерении в полном объеме пройти реабилитационную программу.

5. Интеграция в реабилитационную программу

В данном разделе следует:

- указать, какие социальные услуги (перечень основных услуг указан в Стандарте) были оказаны;
- указать, кто из сотрудников назначен кейс-менеджером данного участника программы;
- указать, кто из «старших участников программы» назначен наставником данного участника программы;
- внести оценку прохождения данного этапа программы, осуществленную сотрудником программы совместно с участником программы;
- описать план прохождения следующего этапа программы, разработанного сотрудником программы совместно с участником программы.

6. Стабилизация

В данном разделе следует:

- указать, какие социальные услуги (перечень основных услуг указан в Стандарте) были оказаны, насколько они соответствуют плану прохождения данного этапа;
- отметить присвоение участнику статуса «старшего участника программы», указать, наставником кого из «младших участников программы» он назначен;

- внести оценку прохождения данного этапа программы, осуществленную сотрудником программы совместно с участником программы;
- описать план прохождения следующего этапа программы, разработанного сотрудником программы совместно с участником программы.

7. Профилактика рецидивов

В данном разделе следует:

- указать, какие социальные услуги (перечень основных услуг указан в Стандарте) были оказаны, насколько они соответствуют плану прохождения данного этапа;
- указать, в каких публичных антинаркотических мероприятиях был задействован участник программы;
- внести заключительную оценку прохождения программы, осуществленную сотрудником программы совместно с участником программы.

8. Постпрограммное взаимодействие

В данном разделе следует:

- отметить сведения об устойчивости ремиссии участника программы через 6 и 12 месяцев.

9. Восстановление

В данном разделе следует (в случае возвращения участника программы к употреблению наркотических средств):

- указать, когда произошел срыв и его причины;
- отметить рекомендации по корректировке программы социальной реабилитации.

10. Повторное прохождение программы социальной реабилитации

В случае повторного прохождения программы социальной реабилитации заполняется новая форма отчета с указанием вторичности курса.

Приложение 2

Договор о прохождении программы социальной реабилитации лицом, находящимся в трудной жизненной ситуации в связи с употреблением наркотических средств

г. _____ « ____ » _____ 20__
_____, именуемая ___ в дальнейшем «Организация»,
в лице _____,
_____ действующего на основании Устава, с од-
ной стороны, и (ФИО) _____
_____ паспорт серия _____ № _____ вы-
дан _____, именуемый в дальнейшем «Гражданин»,
с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

Предметом договора является проведение на территории «Организа-
ции» программы социальной реабилитации, способствующей восста-
новлению адекватного социального статуса Гражданина. Непременным
условием результативного прохождения программы реабилитации яв-
ляется добровольное самоограничение гражданином и его близкими
некоторых личных прав и свобод, оговоренное в соответствующих рас-
писках о добровольном согласии¹, являющихся неотъемлемой частью
данного договора.

2. Права и обязанности «Организации»

2.1. «Организация» имеет право:

2.1.1. Требовать от Гражданина неперемного участия во всех меро-
приятиях, предусмотренных программой социальной реабилитации.

2.1.2. Требовать от Гражданина неукоснительного соблюдения обяза-
тельств, предусмотренных в расписке о добровольном согласии².

2.1.3. Требовать от близких Гражданина неукоснительного соблюдения
обязательств, предусмотренных в расписке о добровольном согласии³.

2.1.4. Требовать от Гражданина соблюдения в полном объеме Правил
поведения в «Организации»⁴.

2.1.5. При нарушении требований, предусмотренных распиской о до-
бровольном самоограничении, Гражданин может быть исключен из про-

¹ См. Приложение 4,5

² См. Приложение 4.

³ См. Приложение 5.

⁴ См. Приложение 6.

граммы социальной реабилитации соответствующим приказом по «Организации» и принужден покинуть участие в программе реабилитации в течение суток с момента ознакомления с соответствующим приказом.

2.2. «Организация» обязана:

2.2.1. Обеспечить Гражданину на территории на своей территории все необходимые условия для успешного прохождения курса социальной реабилитации.

2.2.2. Принять меры к:

- 1) содействию в восстановлении адекватного правового статуса;
- 2) содействию в восстановлении и формировании поддерживающей системы социальных связей;
- 3) социально-бытовой и культурной адаптации;
- 4) содействию в восстановлении трудовых навыков в системе реальной хозяйственной деятельности;
- 5) содействию в восстановлении здоровья;
- 6) содействию в восстановлении или повышении образовательного статуса;
- 7) содействию в решении вопросов жизнеустройства, проживания.

3. Права и обязанности Гражданина

3.1. Гражданин имеет право:

3.1.1. В любое время по своему желанию прервать прохождение реабилитационной программы и покинуть «Организацию», уведомив представителя руководства «Организации» не менее чем за сутки до своего отъезда.

3.1.2. Получать интересующую его информацию относительно прохождения им программы социальной реабилитации.

3.1.3. Подавать предложения по совершенствованию работы «Организации».

3.1.4. Участвовать в мероприятиях «Организации», не касающихся непосредственно программы социальной реабилитации.

3.2. Гражданин обязан:

3.2.1. Предоставить при поступлении в «Организацию» необходимые документы — паспорт (или документ, его заменяющий), медицинские справки установленного образца.

3.2.2. За счет собственных средств прибыть в «Организацию» к началу реабилитационной программы и добраться до места своего проживания после окончания программы социальной реабилитации.

3.2.3. Неукоснительно соблюдать Правила поведения в «Организацию»⁵.

⁵ См. Приложение 6

3.2.4. Последовательно придерживаться добровольных самоограничений, предусмотренных Распиской о добровольном согласии⁶.

4. Срок действия договора

4.1. Договор заключается сроком на _____ месяцев и действует с момента его подписания.

4.2. Договор может быть пролонгирован по соглашению сторон.

4.3. В случае если Гражданин в письменной форме сообщает о намерении прекратить действие данного договора, договор прекращает свое действие с момента предоставления заявления руководству Центра.

4.4. При самовольном уходе Гражданина с территории Центра без уведомления администрации, договор считается расторгнутым с момента обнаружения ухода Гражданина.

4. Ответственность сторон и разрешение споров

5.1. За неисполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Разрешение споров осуществляется путем переговоров, а в случае, если соглашение не достигнуто — в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5. Дополнительные условия

6.1. Все дополнения и изменения к настоящему договору имеют законную силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то лицами.

6.2. Центр не несет ответственности по обязательствам Гражданина, возникшим за период его пребывания в Центре.

6.3. Центр не несет ответственности за личные вещи, оставленные Гражданином при самовольном уходе или добровольно при иных обстоятельствах.

6.4. Центр не несет ответственность за жизнь и здоровье Гражданина по окончании программы реабилитации или в случае самовольного ухода из Центра и расторжения Договора.

Подписи сторон:

Гражданин _____ Руководитель «Организации» _____

⁶ См. Приложение 4

Приложение 3

Лист регистрации актов передачи и возврата личных вещей гражданина, проходящего курс социальной реабилитации

АКТ

приема-передачи №

г. _____ Дата _____

Я, _____,
передаю, а « _____ »,
в лице _____, действующего на основании _____
принимает на ответственное хранение, на период прохождения курса
социальной реабилитации следующие документы и ценные вещи: _____

Передал гражданин _____ Принял _____

АКТ

Возврата №

г. _____ Дата _____

Я, _____,
принимаю, а « _____ »,
в лице _____, действующего на основании _____,
возвращает мне следующие документы и ценные вещи, которые ранее
были переданы мной по акту приема-передачи № _____ от _____

Передал _____ Принял Гражданин _____

Отметка об убытии.

Дата _____ время _____ отъезда

Причина отъезда _____

Подпись _____ Подпись ответственного лица _____

Приложение 4

Расписка участника программы социальной реабилитации

Приложение к договору № _____ от _____

РАСПИСКА

о добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав на период прохождения программы социальной реабилитации в «_____

_____» (далее — Организации).

г. _____ «_____» _____ 20__ г.

Я, _____,

будучи ознакомлен сотрудниками Организации с основными Конституционными правами и свободами человека, и при этом сознавая чрезвычайность и социальную опасность положения, сложившегося в моей жизни, желая успешно пройти программу социальной реабилитации и восстановить адекватный для меня социальный статус, добровольно налагаю на себя ряд правовых ограничений и обещаю неукоснительно соблюдать Правила поведения в Организации в период прохождения программы социальной реабилитации.

Я понимаю, что сам (сама) несу ответственность за негативные последствия, которые могут наступить в случае нарушения мною Правил поведения, установленных в Организации.

С конституционными правами и свободами человека и гражданина, а также Правилами поведения ознакомлен (а).

Подпись Гражданина _____

Подпись сотрудника _____ / _____ /

Приложение 5

Расписка родственников (близких) участника программы социальной реабилитации

Приложение к договору № _____ от _____

РАСПИСКА

о добровольном согласии на ограничения некоторых личных прав моего родственника _____
_____ на период прохождения программы социальной реабилитации в _____ (далее «Организация»).

г. _____ «___» _____ 20__ г.

Я, _____,

сознавая чрезвычайность и социальную опасность положения, сложившегося в жизни моего родственника и моей семьи в целом, желая, чтобы мой родственник успешно прошел программу социальной реабилитации, и, стараясь содействовать восстановлению адекватного социального статуса моего родственника и нашей семьи в целом, добровольно налагаю на себя ряд ограничений и обещаю строго соблюдать следующие правила:

- не вступать с моим родственником в контакт без разрешения сотрудников Организации;
- обеспечивать со своей стороны исполнение Правил поведения, установленных в Организации, режим дня и иные требования, предусмотренные программой реабилитации;
- не совершать действий, которые могут создать препятствия работе Организации;
- обязуюсь принимать участие в мероприятиях реабилитационной программы, предусматривающих участие родственников.

Я понимаю, что сам (сама) несу ответственность за негативные последствия, которые могут наступить в случае нарушения мною и моим родственником вышеуказанных обязательств.

С конституционными правами и свободами человека и Правилами поведения в Организации ознакомлен (а).

Подпись Гражданина _____

Подпись сотрудника _____ / _____ /

Приложение 6

Правила поведения в Организации социальной реабилитации

Приложение к договору № _____ от _____

1. Общие положения

1.1. « _____ »

является Организацией, деятельность которой направлена на восстановление адекватного социального статуса граждан, попавших в тяжелую жизненную ситуацию в связи с употреблением наркотических средств, осознавших чрезвычайность и социальную опасность своего положения и добровольно и сознательно принявших решение его изменить.

1.2. Настоящие Правила основываются на расписках граждан о добровольном согласии на ограничение некоторых личных прав.

1.3. Выполнение настоящих Правил — непременное условие результативного прохождения программы реабилитации.

2. Права гражданина, проходящего программу социальной реабилитации.

Гражданин, проходящий программу в реабилитационном Центре, имеет право:

1.1. Вести переписку со своими близкими. При этом все входящие письма просматриваются сотрудниками Организации во избежание передачи информации, препятствующей результативному прохождению гражданином реабилитационной программы.

2.2. Через _____ месяцев с начала реабилитационной программы — связываться с близкими по телефону _____ раз в месяц. До этого момента близкие гражданина имеют право систематически получать информацию о гражданине от сотрудников Организации..

1.2. Получать от близких посылки с продуктами питания и личными вещами. При этом все входящие посылки просматриваются сотрудниками Организации во избежании передачи вещей, препятствующей результативному прохождению гражданином реабилитационной программы.

2.4 Через _____ месяцев с начала реабилитационной программы лично встречаться с близкими _____ раз в _____. Для этого гражданину предоставляется свободное время _____ часов.

2.5. Получать при непосредственном участии сотрудников Организации:

- содействие в восстановлении адекватного правового статуса;
- содействие в восстановлении и формировании поддерживающей системы социальных связей;
- содействие в социально-бытовой и культурной адаптации;
- содействие в восстановлении трудовых навыков в системе реальной хозяйственной деятельности;
- содействие в восстановлении здоровья;
- содействие в восстановлении или повышении образовательного статуса;
- содействие в решении вопросов жизнеустройства, проживания.

1.6. По своему желанию прервать прохождение реабилитационной программы и покинуть Организацию, уведомив представителя руководства Организации не менее чем за сутки до своего отъезда.

2. Обязанности гражданина, проходящего программу социальной реабилитации

3.1. Неукоснительно присутствовать на всех мероприятиях, предусмотренных программой реабилитации.

3.2. Вести здоровый образ жизни и прилагать все возможные усилия для улучшения состояния своего здоровья.

3.3. Восстанавливать или приобретать трудовые навыки в процессе производительного труда и хозяйственной деятельности, осуществляемых в рамках проектов Организации.

3.4. Стремиться к повышению своего образовательного уровня, участвуя в образовательных программах Организации.

3.5. Стремиться к повышению своей гражданской компетентности, в том числе участвуя в программах по правовой грамотности.

3.6. Занимать активную позицию и обсуждать вопросы, возникающие при прохождении программы реабилитации, с сотрудниками Организации.

4. Ограничения при прохождении программы социальной реабилитации.

Гражданин, проходящий программу реабилитации, обязан неукоснительно соблюдать следующие ограничения:

4.1. Не употреблять и не хранить наркотические средства, спиртные напитки и табачные изделия.

4.2. Не допускать действий, ведущих к моральному или физическому унижению достоинства других граждан, в том числе использования ненормативной лексики.

4.3. Во время прохождения программы реабилитации не покидать территорию Организации без согласия сотрудников.

4.4. Избегать интимных взаимоотношений в каких-либо проявлениях, в том числе соблюдать общепринятые нормы в одежде и стиле.

4.5. На время прохождения программы реабилитации передавать свои документы и ценные вещи на ответственное хранение администрации Организации.

4.6. Не допускать действий, препятствующих нормальной работе Организации, а также других действий, за которые законодательством РФ предусмотрено административное или уголовное наказание.

5. Заключительные положения

5.1. Правила поведения могут быть изменены как по решению руководства Организации, так и по предложению граждан, проходящих программу реабилитации, если изменения будут реально направлены на повышение эффективности программы реабилитации.

Подпись _____

Подпись сотрудника _____/ _____/

Приложение 7

Рекомендации по обеспечению законного порядка проведения инспекционного контроля

Проведение инспекционного контроля должно осуществляться строго в соответствии с требованиями Федерального Закона № 294-ФЗ от 26 декабря 2008 г. «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора) и муниципального закона» (далее Закон).

Закон устанавливает, что:

Государственный контроль (надзор) — деятельность уполномоченных органов государственной власти (федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации), направленная на предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическими лицами, их руководителями и иными должностными лицами, индивидуальными предпринимателями, их уполномоченными представителями (далее также — юридические лица, индивидуальные предприниматели) требований, установленных настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации (далее — обязательные требования), посредством организации и проведения проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устранению последствий выявленных нарушений, а также деятельность указанных уполномоченных органов государственной власти по систематическому наблюдению за исполнением обязательных требований, анализу и прогнозированию состояния исполнения обязательных требований при осуществлении деятельности юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями

Основными принципами защиты прав Организации при проведении государственного контроля (надзора) являются:

- презумпция добросовестности Организации;
- открытость и доступность для Организации нормативных правовых актов, устанавливающих обязательные требования, выполнение которых проверяется при проведении государственного контроля (надзора);
- проведение проверок в соответствии с полномочиями органа госу-

- дарственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, их должностных лиц;
- ответственность органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля, их должностных лиц за нарушение законодательства Российской Федерации при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля;
 - недопустимость проводимых в отношении Организации несколькими органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля проверок исполнения одних и тех же обязательных требований и требований, установленных муниципальными правовыми актами;
 - соответствие предмета проводимого мероприятия по контролю компетенции органа государственного контроля (надзора);
 - периодичность и оперативность проведения мероприятия по контролю, предусматривающего полное и максимально быстрое проведение его в течение установленного срока;
 - учет мероприятий по контролю, проводимых органами государственного контроля (надзора);
 - возможность обжалования действий (бездействия) должностных лиц органов государственного контроля (надзора), нарушающих порядок проведения мероприятий по контролю, установленный настоящим Федеральным законом, иными федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами.

В соответствии с «Законом при проведении процедуры государственного контроля (надзора)» следует:

- Ограничить круг лиц, имеющих право взаимодействовать с представителями инспектирующих органов от лица Организации теми, которые обладают полной информацией о ее деятельности.
- Обязать остальных сотрудников Организации в случае появления на территории последней представителей инспектирующих органов немедленно связываться с уполномоченными лицами, входящими в список, представленный в п. 1.
- Не допускать проверяющих на территорию объектов организации без вышеперечисленных лиц (ст. 12 Закона).
- Требовать у должностных лиц при проведении мероприятий по контролю служебное удостоверение, распоряжение (приказ) на проведение проверки типовой формы (ст. 12, ст. 14 Закона).
- Предъявлять к проверке только обоснованно затребованную документацию (выполнение обязательных требований), а также отвечать

на вопросы проверяющих, относящиеся к компетенции органа государственного контроля (надзора), от имени которого действуют должностные лица (ст. 15 Закона).

- Создать журнал посещений Организации официальными лицами, в котором должна быть отражена следующая информация:
 - Ф.И.О. и должность посетителя;
 - Цель визита и документы, обосновывающие данную цель;
 - Итоги посещения;
 - Роспись посетителя.

Вышеперечисленные законные установления оформить в виде приказа, ответственность за исполнение которого возложить на руководителя Организации.

Приложение 8

Обоснование законности ограничений некоторых прав участников реабилитационных программ

Конституцией РФ предусмотрены два легитимных способа ограничения конституционных прав человека:

- ограничение государством в порядке ч. 3 ст. 55 Конституции РФ;
- самоограничение как элемент самонормирования.

Соответственно права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства, и в этих пределах могут быть реализованы каждым человеком как возможности в том объеме, который представляется ему достаточным в сложившейся ситуации. Некоммерческая организация не является субъектом, имеющим право на ограничение конституционных прав и свобод человека.

Таким образом, если для обеспечения успешного прохождения программы социальной реабилитации необходимы некоторые дополнительные ограничения прав и свобод участников данной программы, то они могут быть установлены исключительно в порядке самоограничения, что должно быть зафиксировано в установленном законом порядке: в соответствующем договоре (соглашении).

Пересмотр условий такого договора осуществляется в оговоренном в тексте договора порядке.

Удержание в реабилитационном центре вопреки воле человека за пределами процесса пересмотра либо расторжения договора о прохождении программы социальной реабилитации является уголовно наказуемым деянием.

Приложение 9

Конституционные права и свободы человека и гражданина

Перечень и статус конституционных прав и свобод человека и гражданина представлен в главе 2 Конституции РФ, предложенной ниже:

Глава 2. Права и свободы человека и гражданина.

Статья 17

1. В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с настоящей Конституцией.

2. Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения.

3. Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

Статья 18

Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием.

Статья 19

1. Все равны перед законом и судом.

2. Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности.

3. Мужчина и женщина имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

Статья 20

1. Каждый имеет право на жизнь.

2. Смертная казнь впредь до ее отмены может устанавливаться федеральным законом в качестве исключительной меры наказания за особо тяжкие преступления против жизни при предоставлении обвиняемому права на рассмотрение его дела судом с участием присяжных заседателей.

Статья 21

1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.

2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Статья 22

1. Каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность.

2. Арест, заключение под стражу и содержание под стражей допускаются только по судебному решению. До судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов.

Статья 23

1. Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени.

2. Каждый имеет право на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений. Ограничение этого права допускается только на основании судебного решения.

Статья 24

1. Сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, их должностные лица обязаны обеспечить каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом.

Статья 25

Жилище неприкосновенно. Никто не вправе проникать в жилище против воли проживающих в нем лиц иначе как в случаях, установленных федеральным законом, или на основании судебного решения.

Статья 26

1. Каждый вправе определять и указывать свою национальную принадлежность. Никто не может быть принужден к определению и указанию своей национальной принадлежности.

2. Каждый имеет право на пользование родным языком, на свободный выбор языка общения, воспитания, обучения и творчества.

Статья 27

1. Каждый, кто законно находится на территории Российской Федерации, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства.

2. Каждый может свободно выезжать за пределы Российской Федерации. Гражданин Российской Федерации имеет право беспрепятственно возвращаться в Российскую Федерацию.

Статья 28

Каждому гарантируется свобода совести, свобода вероисповедания, включая право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними.

Статья 29

1. Каждому гарантируется свобода мысли и слова.

2. Не допускаются пропаганда или агитация, возбуждающие социальную, расовую, национальную или религиозную ненависть и вражду. Запрещается пропаганда социального, расового, национального, религиозного или языкового превосходства.

3. Никто не может быть принужден к выражению своих мнений и убеждений или отказу от них.

4. Каждый имеет право свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом. Перечень сведений, составляющих государственную тайну, определяется федеральным законом.

5. Гарантируется свобода массовой информации. Цензура запрещается.

Статья 30

1. Каждый имеет право на объединение, включая право создавать профессиональные союзы для защиты своих интересов. Свобода деятельности общественных объединений гарантируется.

2. Никто не может быть принужден к вступлению в какое-либо объединение или пребыванию в нем.

Статья 31

Граждане Российской Федерации имеют право собираться мирно без оружия, проводить собрания, митинги и демонстрации, шествия и пикетирование.

Статья 32

1. Граждане Российской Федерации имеют право участвовать в управлении делами государства как непосредственно, так и через своих представителей.

2. Граждане Российской Федерации имеют право избирать и быть избранными в органы государственной власти и органы местного самоуправления, а также участвовать в референдуме.

3. Не имеют права избирать и быть избранными граждане, признанные судом недееспособными, а также содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда.

4. Граждане Российской Федерации имеют равный доступ к государственной службе.

5. Граждане Российской Федерации имеют право участвовать в управлении правосудия.

Статья 33

Граждане Российской Федерации имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления.

Статья 34

1. Каждый имеет право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности.

2. Не допускается экономическая деятельность, направленная на монополизацию и недобросовестную конкуренцию.

Статья 35

1. Право частной собственности охраняется законом.

2. Каждый вправе иметь имущество в собственности, владеть, пользоваться и распоряжаться им как единолично, так и совместно с другими лицами.

3. Никто не может быть лишен своего имущества иначе как по решению суда. Принудительное отчуждение имущества для государственных нужд может быть произведено только при условии предварительного и равноценного возмещения.

4. Право наследования гарантируется.

Статья 36

1. Граждане и их объединения вправе иметь в частной собственности землю.

2. Владение, пользование и распоряжение землей и другими природными ресурсами осуществляются их собственниками свободно, если это не наносит ущерба окружающей среде и не нарушает прав и законных интересов иных лиц.

3. Условия и порядок пользования землей определяются на основе федерального закона.

Статья 37

1. Труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию.

2. Принудительный труд запрещен.

3. Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой бы

то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда, а также право на защиту от безработицы.

4. Признается право на индивидуальные и коллективные трудовые споры с использованием установленных федеральным законом способов их разрешения, включая право на забастовку.

5. Каждый имеет право на отдых. Работающему по трудовому договору гарантируются установленные федеральным законом продолжительность рабочего времени, выходные и праздничные дни, оплачиваемый ежегодный отпуск.

Статья 38

1. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.

2. Забота о детях, их воспитание — равное право и обязанность родителей.

3. Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях.

Статья 39

1. Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

2. Государственные пенсии и социальные пособия устанавливаются законом.

3. Поощряются добровольное социальное страхование, создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность.

Статья 40

1. Каждый имеет право на жилище. Никто не может быть произвольно лишен жилища.

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления поощряют жилищное строительство, создают условия для осуществления права на жилище.

3. Малоимущим, иным указанным в законе гражданам, нуждающимся в жилище, оно предоставляется бесплатно или за доступную плату из государственных, муниципальных и других жилищных фондов в соответствии с установленными законом нормами.

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по разви-

тию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Статья 42

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Статья 43

1. Каждый имеет право на образование.

2. Гарантируются общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях.

3. Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении и на предприятии.

4. Основное общее образование обязательно. Родители или лица, их заменяющие, обеспечивают получение детьми основного общего образования.

5. Российская Федерация устанавливает федеральные государственные образовательные стандарты, поддерживает различные формы образования и самообразования.

Статья 44

1. Каждому гарантируется свобода литературного, художественного, научного, технического и других видов творчества, преподавания. Интеллектуальная собственность охраняется законом.

2. Каждый имеет право на участие в культурной жизни и пользование учреждениями культуры, на доступ к культурным ценностям.

3. Каждый обязан заботиться о сохранении исторического и культурного наследия, беречь памятники истории и культуры.

Статья 45

1. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

2. Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом.

Приложение 10

Договор о выполнении работ в качестве добровольца

г. _____ Дата _____
« _____ »,
именуемая в дальнейшем «Организация», в лице _____,
действующего на основании Устава, с одной стороны, и (ФИО) _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____,
именуемый в дальнейшем «Доброволец», с другой стороны, заключили
настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1 Предметом договора является осуществление Добровольцем благотворительной деятельности в форме безвозмездного труда в интересах «Организации»⁷.

2. Права и обязанности «Организации»

3. 2.1 «Организация» обязана:

2.1.1. Предоставить Добровольцу работу, определив ее вид, объемы, продолжительность, режим, в соответствии с его трудоспособностью и подготовленностью.

2.1.2. Обеспечить выполнение требований техники безопасности при осуществлении Добровольцем работы.

2.1.3. Обеспечить необходимые материальные потребности Добровольца в ходе его деятельности.

2.1.4. Принимать меры по подготовке и повышению квалификации Добровольца.

2.2 «Организация» имеет право:

2.2.1. Требовать от Добровольца неуклонного выполнения всех законных требований руководства.

3. Права и обязанности Добровольца

3.1 Доброволец имеет право:

3.1.1. В любое время по своему желанию прервать исполнение Договора, уведомив представителя руководства «Организации» не менее, чем за трое суток.

3.1.2. Подавать предложения по совершенствованию деятельности «Организации»

3.2. Доброволец обязан:

⁷ФЗ «Гражданский кодекс РФ» от 30 ноября 1995 года № 51-ФЗ; ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 года № ФЗ –135

- 2.1. Выполнять все законные требования руководства «Организации»
- 3.2.2. Качественно и в срок выполнять работу, обусловленную договором.
- 3.2.3..Бережно относиться к имуществу «Организации»
- 3.2.4. Не разглашать сведения, носящие конфиденциальный характер.
- 3.2.5. Принимать участие в проводимых «Организации» мероприятиях.
- 3.2.6. Предоставлять отчеты о своей работе по мере необходимости.
- 4. Срок действия договора
 - 4.1. Договор заключается сроком на _____ месяцев и действует с момента его подписания.
 - 4.2. Договор может быть пролонгирован по соглашению сторон.
- 5. Ответственность сторон и разрешение споров
 - 5.1. За неисполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
 - 5.2. Разрешение споров осуществляется путем переговоров, а в случае, если соглашение не достигнуто, — в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
 - 5.3. Требования условий труда обеспечиваются «Организации» в соответствии с нормами действующего законодательства РФ в области охраны труда.
- 6. Дополнительные условия
 - 6.1. Все дополнения и изменения по настоящему договору имеют законную силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то лицами.

Доброволец _____/_____

Руководитель «Организации» _____

Приложение 11

Базовая концепция Проекта восстановления трудовых навыков «Трудовые мастерские»

1. Статус Базовой концепции Проекта «Трудовые мастерские»

Базовая Концепция Проекта «Трудовые мастерские» (далее — Концепция) определяет наиболее существенные или принципиально важные моменты, которые должен отражать любой проект по восстановлению трудовых навыков участников программы социальной реабилитации в соответствии с требованиями действующего законодательства и настоящего стандарта. В Концепции не отражены те моменты процесса восстановления трудовых навыков, которые связаны с учетом индивидуальных особенностей деятельности конкретной «Организации» и ее партнеров, вовлеченных в данный процесс.

2. Основная цель Проекта «Трудовые мастерские»

2.1. Проект «Трудовые мастерские» (далее Проект) является формой реализации восстановления трудовых навыков — неотъемлемой составляющей программ социальной реабилитации, и обеспечивает восстановление (формирование) у участников реабилитационных программ адекватного трудового статуса с учетом их степени подготовленности и трудоспособности, а также запросов современного общества.

2.2. Деятельность в рамках Проекта осуществляется на основе действующего законодательства и с учетом нормативных требований настоящей Концепции.

2.3. Проект обеспечивает включение участников реабилитационных программ в процесс восстановления трудовых навыков в системе трудовой деятельности. Правовой формой включения участников реабилитационных программ в систему трудовой деятельности является договор об оказании услуг по восстановлению трудовых навыков⁸.

2.4. Проект осуществляется как элемент системы хозяйственной деятельности конкретной «Организации».

3. Управление Проектом

3.1. Руководство Проекта осуществляется на основе соответствующих нормативных документов, принимаемых «Организацией».

3.2. Руководители Проекта:

- организуют финансово-хозяйственную и производственную деятельность Проекта;

⁸ См. Приложение 12

- определяют виды и объемы работ, режим и продолжительность рабочего дня участников реабилитационных программ. Обязательные нормы выработки для лиц, проходящих социальную реабилитацию, не устанавливаются;
- обеспечивают соблюдение правил техники безопасности;
- устанавливают правила внутреннего распорядка;
- организуют учет эффективности труда;
- составляют и представляют производственно-финансовые планы, сметы, списки участников программы с указанием места работы, вида выполняемых работ;
- организуют мероприятия по повышению квалификации участников программ социальной реабилитации;
- выполняют иные функции, необходимые для эффективного осуществления данного проекта.

4.3. Для выполнения работ в деятельность по реализации Проекта могут привлекаться сторонние рабочие, специалисты и административно-управленческий персонал.

4.4. Направление для участия в Проекте осуществляется руководством «Организацией», на основании договора⁹, заключаемого одновременно с договором о прохождении программы социальной реабилитации.

4.5. Задача восстановления трудовых навыков не ставится, если участник реабилитационной программы является инвалидом I группы.

5. Мониторинг и оценка реализации Проекта

5.1. Мониторинг и оценка реализации Проекта осуществляется руководством «Организации» на основании соответствующих плановых документов и приказов по их исполнению.

5.2. Результаты реализации проекта оцениваются на основании конкретных показателей, отражающих:

- повышение уровня трудовой квалификации участников программы социальной реабилитации;
- дифференциацию видов трудовой деятельности в рамках Проекта;
- оборачиваемость рабочих мест в рамках Проекта;
- общую рентабельность Проекта.

⁹ См. Приложение 12

Приложение 12

Договор об оказании услуг по восстановлению трудовых навыков

г. _____ Дата _____

, именуемая в дальнейшем «Организация», в лице _____,
действующего на основании Устава, с одной стороны, и (ФИО) _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____,
именуемый в дальнейшем «Гражданин», с другой стороны, заключили
настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Предметом договора является содействие в восстановлении (формировании) трудовых навыков Гражданина в системе производственной деятельности в рамках Проекта «Трудовые мастерские» (далее Проект), позволяющих подготовить Гражданина к дальнейшей трудовой деятельности.

2. Права и обязанности «Организации»

2.1. «Организации» обязана:

2.1.1. Предоставить Гражданину рабочее место для восстановления трудовых навыков, определив вид, объемы, продолжительность, режим выполняемой им работы, в соответствии с его трудоспособностью и подготовленностью.

2.1.2. Обеспечить выполнение требований техники безопасности при осуществлении Гражданином работы в процессе восстановления трудовых навыков.

2.1.3. Обеспечить необходимые материальные потребности Гражданина в ходе прохождения программы социальной реабилитации.

2.1.4. Обеспечить предоставление Гражданину бесплатно всех иных услуг, необходимых для успешного восстановления трудовых навыков.

2.2. «Организация» имеет право:

2.2.1. Требовать от Гражданина неукоснительного выполнения всех законных требований руководства Проекта.

3. Права и обязанности Гражданина

3.1. Гражданин имеет право:

3.1.1. В любое время по своему желанию прервать исполнение Договора, уведомив представителя руководства «Организацией» не менее, чем за трое суток.

3.1.2. Подавать предложения по совершенствованию деятельности Проекта.

3.2. Гражданин обязан:

3.2.1. Выполнять все законные требования руководства Проекта.

3.2.2. Выполнять работы, поручаемые ему в ходе восстановления трудовых навыков на безвозмездной основе¹⁰.

4. Срок действия договора

4.1. Договор заключается сроком на _____ месяцев и действует с момента его подписания.

4.2. Договор может быть пролонгирован по соглашению сторон.

4.3. При самовольном уходе Гражданина из Проекта без уведомления сотрудников «Организации», договор считается расторгнутым с момента обнаружения ухода Гражданина.

5. Ответственность сторон и разрешение споров

5.1. За неисполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Разрешение споров осуществляется путем переговоров, а в случае, если соглашение не достигнуто, — в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5.3. Требования к условиям труда обеспечиваются «Организацией» в процессе восстановления трудовых навыков в соответствии с нормами действующего законодательства РФ в области охраны здоровья.

6. Дополнительные условия

6.1. Все дополнения и изменения по настоящему договору имеют законную силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то лицами.

Гражданин _____ / _____

Руководитель «Организации» _____

¹⁰ ФЗ «Гражданский кодекс РФ» от 30 ноября 1995 года № 51-ФЗ; ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 года № ФЗ –135

Приложение 13

Пакет психодиагностических методик

1. Мотивация успеха и боязнь неудачи (опросник А. А. Реана)

Инструкция. Отвечая на нижеприведенные вопросы, необходимо выбрать ответ «да» или «нет». Если Вы затрудняетесь с ответом, то вспомните, что «да» объединяет как явное «да», так и «скорее да, чем нет». То же относится и к ответу «нет»: он объединяет явное «нет» и «скорее нет, чем да».

Отвечать на вопросы следует быстро, не задумываясь надолго. Ответ, который первый приходит в голову, как правило, является и наиболее точным.

Текст опросника

1. Включаясь в работу, как правило, оптимистично надеюсь на успех.
2. В деятельности активен.
3. Склонен к проявлению инициативности.
4. При выполнении ответственных заданий стараюсь по возможности найти причины отказа от них.
5. Часто выбираю крайности: либо занижено легкие задания, либо не реалистически высокие по трудности.
6. При встрече с препятствиями, как правило, не отступаю, а ищу способы их преодоления.
7. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих успехов.
8. Продуктивность деятельности в основном зависит от моей собственной целеустремленности, а не от внешнего контроля.
9. При выполнении достаточно трудных заданий, в условиях ограничения времени, результативность деятельности ухудшается.
10. Склонен проявлять настойчивость в достижении цели.
11. Склонен планировать свое будущее на достаточно отдаленную перспективу.
12. Если рискую, то, скорее с умом, а не бесшабашно.
13. Не очень настойчив в достижении цели, особенно если отсутствует внешний контроль.
14. Предпочитаю ставить перед собой средние по трудности или слегка завышенные, но достижимые цели, чем не реалистически высокие.
15. В случае неудачи при выполнении какого-либо задания, его притягательность, как правило, снижается.
16. При чередовании успехов и неудач склонен к переоценке своих неудач.

17. Предпочитаю планировать свое будущее лишь на ближайшее время.
18. При работе в условиях ограничения времени результативность деятельности улучшается, даже если задание достаточно трудное.
19. В случае неудачи при выполнении чего-либо, от поставленной цели, как правило, не отказываюсь.
20. Если задание выбрал себе сам, то в случае неудачи его притягательность еще более возрастает.

Ключ к опроснику

Ответ «ДА»: 1,2,3,6,8, 10,11,12,14,16, 18,19,20

Ответ «НЕТ»: 4, 5, 7, 9, 13, 15, 17.

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

За каждое совпадение ответа с ключом испытуемому дается 1 балл. Подсчитывается общее количество набранных баллов.

Если количество набранных баллов от 1 до 7, то диагностируется мотивация на неудачу (боязнь неудачи).

Если количество набранных баллов от 14 до 20, то диагностируется мотивация на успех (надежда на успех).

Если количество набранных баллов от 8 до 13, то следует считать, что мотивационный полюс ярко не выражен. При этом можно иметь в виду, что если количество баллов 8,9, есть определенная тенденция мотивации на неудачу, а если количество баллов 12,13, имеется определенная тенденция мотивации на успех.

Мотивация на успех относится к позитивной мотивации. При такой мотивации человек, начиная дело, имеет в виду достижение чего-то конструктивного, положительного. В основе активности человека лежит надежда на успех и потребность в достижении успеха. Такие люди обычно уверены в себе, в своих силах, ответственны, инициативны и активны. Их отличает настойчивость в достижении цели, целеустремленность.

Мотивация на неудачу относится к негативной мотивации. При данном типе мотивации активность человека связана с потребностью избежать срыва, порицания, наказания, неудачи. Вообще в основе этой мотивации лежит идея избегания и идея негативных ожиданий. Начиная дело, человек уже заранее боится возможной неудачи, думает о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения успеха.

Люди, мотивированные на неудачу, обычно отличаются повышенной тревожностью, низкой уверенностью в своих силах. Стараются избегать ответственных заданий, а при необходимости решения сверхответственных задач могут впасть в состояние близкое к паническому. По крайней

мере, ситуативная тревожность у них в этих случаях становится чрезвычайно высокой. Все это, вместе с тем, может сочетаться с весьма ответственным отношением к делу.

2. Тест многоаспектной квалификации межличностных отношений

Методика предназначена для исследования представлений субъекта о себе, идеальном «Я» и взаимоотношений в ближайшем окружении. В связи с этим выделяются различные аспекты при заполнении опросника: самооценка, описание идеального «Я», оценка близких людей, оценка себя «глазами близких» (двойная рефлексия). Выбор этих аспектов достаточно произволен и определяется целями и задачами диагностики; однако важно, что по всем избранным аспектам оценивание производится с помощью одного и того же текста опросника. Опросник включает в себя 128 оценочных суждений, из которых выбирая только подходящие, испытуемый отмечает их в опросном листе знаком «+». Таким образом, опросный лист в разных исследованиях может иметь различный вид — в зависимости от избранных аспектов оценивания. В качестве примера приведем две возможные формы (форма а и б).

Форма а					
№ суждения и его формулировка	Аспекты				
	I	II	III	IV	
	Я	Каким я хотел бы быть	Мой Руководитель	Я в его представлении	
1.					
2.					
128.					
Форма б					
№ суждения и его формулировка	Аспекты				
	I	II	III	IV	V
	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены
1.					
2.					
128.					

Обработка проводится, также как и заполнение опросника, отдельно

по каждому из аспектов. Всего в опроснике имеется 8 субшкал (октантов).

Первый октант (субшкала авторитарности): лидерство — власть — деспотичность.

Второй октант (субшкала эгоистичности): уверенность в себе — самоуверенность — самовлюбленность.

Третий октант (субшкала агрессивности): требовательность — непримириемость — жестокость.

Четвертый октант (субшкала подозрительности): скептицизм — упрямство — негативизм.

Пятый октант (субшкала подчиненности): уступчивость -кротость — пассивная подчиненность.

Шестой октант (субшкала зависимости): доверчивость -послушность — зависимость.

Седьмой октант (субшкала дружелюбия): добросердечие — несамостоятельность — чрезмерный конформизм.

Восьмой октант (субшкала альтруистичности): отзывчивость — бескорыстие — жертвенность.

В зависимости от количества набранных баллов по каждому из октантов говорят о степени выраженности качества. Первая степень качества в каждом октанте (лидерство, уверенность в себе, требовательность, скептицизм, уступчивость и т. д.) характеризует адаптивный вариант развития. Усугубление соответствующих тенденций и проявление третьей степени качества (деспотичность, самовлюбленность, жестокость, негативизм и т. д.) свидетельствует о дезадаптивном варианте развития.

Показатели 0–8 баллов как свидетельствующие об адаптивном варианте развития, учитывая при этом, что крайне правые значения (7 и 8 баллов) отражают определенную тенденцию к дезадаптивности и экстремальному поведению. Вторая степень качества (с учетом только что сказанного) связывается с показателями 9–12 баллов. Экстремально дезадаптивный вариант развития диагностируется при показателях 13–16 баллов.

При подготовке психологических заключений могут быть полезными, дополнительно по всему вышесказанному, следующие описания по субшкалам.

Первый октант (субшкала авторитарность). Высокие показатели соответствуют властной, деспотической личности. Лидирует в групповой деятельности. Во всем стремится полагаться на свое мнение, не умеет принимать советы других. Доминантный. Низкие показатели характерны для человека с хорошо выраженными лидерскими тенденциями, но без

диктаторских проявлений.

Второй октант (субшкала эгоистичность). Высокие показатели связаны с самовлюбленностью, независимостью, себялюбием. Такой человек самодоволен, часто хвастлив и заносчив. Эгоцентричен. Низкие показатели отражают тип уверенного в себе человека, со склонностью к соперничеству, но без признаков эгоцентризма. При переходных (крайне правых) значениях, возможно, самоуверен, но не самовлюблен. Третий октант (субшкала агрессивность). Высокие показатели — жесткий и враждебный по отношению к окружающим, резкий, агрессивность может доходить до асоциального поведения. Низкая терпимость, резкость в оценках, раздражительность. Низкие показатели связаны с такими качествами, как требовательность, настойчивость, энергичность.

Четвертый октант (субшкала подозрительность). Высокие оценки связаны с такими чертами, как подозрительность, негативизм; гипертрофированная склонность к сомнению во всем, злопамятность, скрытность, разочарованность. На этом фоне могут возникать существенные трудности во взаимоотношениях. Низкие показатели отражают критичность как свойство личности и ума; критичен как к социальным явлениям, так и к окружающим людям.

Пятый октант (субшкала подчиненность). Высокие показатели связаны с проявлением пассивной подчиненности, слабоволием, склонностью уступить всегда и всем, склонностью к самоуничтожению, застенчивости. Низкие показатели описываются типом уступчивости, скромным, возможно робким. Выражена склонность послушно и честно выполнять свои обязанности.

Шестой октант (субшкала зависимость). Высокие показатели отражают высокий уровень зависимости в личностных отношениях, неуверенность в себе, наличие навязчивых страхов, опасений, боязливости и послушности. Низкие значения связаны с доверчивостью, вежливостью, мягкостью, склонностью к конформности.

Седьмой октант (субшкала дружелюбие). Высокие показатели отражают ориентацию на принятие и социальное одобрение, стремление «быть хорошим» для всех без учета ситуации, чрезмерный конформизм. Низкие показатели связаны со склонностью к сотрудничеству и кооперации. Проявляет дружелюбие и эмпатию, стремится быть в согласии с мнением окружающих, способный к компромиссу.

Восьмой октант (субшкала альтруистичность). Высокие показатели отражают тип, который в целом может быть определен термином «жертвенность». Стремится помочь и сострадать всем, всегда готов прине-

сти в жертву свои интересы, гиперответственный, навязчивый в своей помощи. Низкие показатели связаны с такими качествами, как отзывчивость, деликатность, мягкость, бескорыстие. Выражены способность и стремление к проявлению сострадания, заботы и в целом доброго отношения к другим.

Текст опросника

1. Другие думают о нем благосклонно.
2. Производит впечатление на окружающих.
3. Умеет распоряжаться, приказывать.
4. Умеет настоять на своем.
5. Обладает чувством достоинства.
6. Независимый.
7. Способен сам позаботиться о себе.
8. Может проявить безразличие.
9. Способен быть суровым.
10. Строгий, но справедливый.
11. Может быть искренним.
12. Критичен к другим.
13. Любит поплакаться.
14. Часто печален.
15. Способен проявлять недоверие.
16. Часто разочаровывается.
17. Способен быть критичным к себе.
18. Способен признать свою неправоту.
19. Охотно подчиняется.
20. Уступчивый.
21. Благодарный.
22. Восхищающийся, склонный к подражанию.
23. Уважительный.
24. Ищущий одобрения.
25. Способный к сотрудничеству, взаимопомощь
26. Стремится ужиться с другими.
27. Дружелюбный, доброжелательный.
28. Внимательный, ласковый.
29. Деликатный.
30. Ободряющий.
31. Отзывчивый к просьбам о помощи.
32. Бескорыстный.
33. Способный вызывать восхищение.

34. Пользуется у других уважением.
35. Обладает талантом руководителя.
36. Любит ответственность.
37. Уверен в себе.
38. Самоуверенный, напористый.
39. Деловитый, практичный.
40. Любит соревноваться.
41. Стойкий и крутой, где надо.
42. Неумолимый, но беспристрастный.
43. Раздражительный.
44. Открытый, прямолинейный.
45. Не терпит, чтобы им командовали.
46. Скептичен.
47. На него трудно произвести впечатление.
48. Обидчивый, щепетильный.
49. Легко смущается.
50. Неуверенный в себе.
51. Уступчивый.
52. Скромный.
53. Часто прибегает к помощи других.
54. Очень почитает авторитеты.
55. Охотно принимает советы.
56. Доверчив и стремится радовать других.
57. Всегда любезен в общении.
58. Дорожит мнением окружающих.
59. Общительный, учтивый.
60. Добросердечный.
61. Добрый, вселяющий уверенность.
62. Нежный, мягкосердечный.
63. Любит заботиться о других.
64. Бескорыстный, щедрый.
65. Любит давать советы.
66. Производит впечатление значительности.
67. Начальственно-повелительный.
68. Властный.
69. Хвастливый.
70. Надменный, самодовольный.
71. Думает только о себе.
72. Хитрый, расчетливый.

73. Нетерпим к ошибкам других.
74. Своекорыстен.
75. Откровенный.
76. Часто недружелюбен.
77. Озлобленный.
78. Жалобщик.
79. Ревнивый.
80. Долго помнит обиды.
81. Самобичующий.
82. Застенчивый.
83. Безынициативный.
84. Кроткий.
85. Зависимый, несамостоятельный.
86. Любит подчиняться.
87. Предоставляет другим принимать решение.
88. Легко попадает впросак.
89. Легко поддается влиянию друзей.
90. Готов довериться любому.
91. Благорасположен ко всем без разбора.
92. Всем симпатизирует.
93. Прощает все.
94. Переполнен чрезмерным сочувствием.
95. Великодушен, терпим к недостаткам.
96. Стремится покровительствовать.
97. Стремящийся к успеху.
98. Ожидает восхищения от каждого.
99. Распоряжается другими.
100. Деспотичный.
101. Сноб, судит о людях по рангу и положению, а не по личным качествам.
102. Тщеславный.
103. Эгоистичный.
104. Холодный, черствый.
105. Язвительный, насмешливый.
106. Злой, жестокий.
107. Часто гневлив.
108. Бесчувственный, равнодушный.
109. Злопамятный.
110. Проникнут духом противоречия.

111. Упрямый.
112. Недоверчивый, подозрительный.
113. Робкий.
114. Стыдливый.
115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться
116. Мягкотелый.
117. Почти никогда никому не возражает.
118. Навязчивый.
119. Любит, чтобы его опекали.
120. Чрезмерно доверчив.
121. Стремится снискать расположение каждого.
122. Со всеми соглашается.
123. Всегда дружелюбен.
124. Всех любит.
125. Слишком снисходителен к окружающим.
126. Старается утешить каждого.
127. Заботится о других в ущерб себе.
128. Портит людей чрезмерной добротой.

Ключ к опроснику

Первый октант: 1–4, 33–36, 65–68, 97–100

Второй октант: 5–8, 37–40, 69–72, 101–104

Третий октант: 9–12, 41–44, 73–76, 105–108

Четвертый октант: 13–16, 45–48, 77–80, 109–112

Пятый октант: 17–20, 49–52, 81–84, 113–116

Шестой октант: 21–24, 53–56, 85–88, 117–120

Седьмой октант: 25–28, 57–60, 89–92, 121–124

Восьмой октант: 29–32, 61–64, 93–96, 125–128.

Обработка результатов

В соответствии с ключом подсчитывается количество плюсов в каждом из восьми октантов по каждому из аспектов в отдельности (например, аспекты: Я, идеал Я, мой руководитель, Я в его представлении). Результаты по каждому испытуемому заносятся в таблицу (форма в) или представляются в виде специальной диаграммы.

Табличная форма фиксации данных (Форма в)

Октант	Аспект			
	I Я	II Идеал Я	III Мой руководитель	IV Я в его представлении
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

3. Методика к. Леонгарда (акцентуации характера)

Опросник предназначен для выявления акцентуаций характера человека, т.е. его определенной личностной направленности. Данная методика включает 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера.

Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью. Вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию. Третья шкала говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого. Четвертая шкала показывает склонность испытуемого к педантизму. Пятая — выявляет повышенную тревожность, шестая — склонность к перепадам настроения, седьмая шкала говорит о демонстративности поведения испытуемого, восьмая — о неуравновешенности его поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая — силу и выраженность эмоционального реагирования.

Испытуемому предлагалось утверждение, касающееся его характера. Ему необходимо было согласиться с ним, либо не согласиться. Необходимо отметить тот факт, что у некоторых испытуемых были выявлены не один, а несколько типов акцентуации характера, что является скорее нормой, чем отклонением.

При подсчете баллов по опроснику К. Леонгарда для стандартизации результатов значение каждой шкалы умножается на определенное число. Оно указано в «ключе» к методике (см. приложение 3). Акцентуиро-

ванные личности не являются патологическими, они только характеризуются яркостью тех или иных черт характера:

1. Гипертимический тип. Высокие оценки говорят о постоянно повышенном фоне настроения в сочетании с жадой деятельности, высокой активностью, предприимчивостью.

2. Возбудимый тип. Таким людям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.

3. Эмотивный тип. Это чувствительные и впечатлительные люди, которые отличаются глубиной переживаний в области тонких эмоций, в духовной жизни.

4. Педантичный тип. Высокие оценки говорят о ригидности, инертности психических процессов, о долгом переживании травмирующих событий.

5. Тревожно-боязливый. Основная черта — склонность к страхам, повышенная робость и пугливость, высокий уровень тревожности.

6. Циклотимический тип. Людям с высокими оценками по этой шкале присуща смена гипертимических и дистимических фаз.

7. Демонстративный тип. Высокие оценки по этой шкале говорят о повышенной способности к вытеснению, демонстративности поведения.

8. Застревающий тип. Основная черта этого типа — чрезмерная стойкость аффекта в сочетании со склонностью к формированию сверхценных идей.

9. Дистимический тип. Этот тип является противоположным предыдущему, характеризуется сниженным настроением, фиксацией на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью.

10. Аффективно-экзальтированный тип. Лицам этого типа свойственен большой диапазон эмоциональных состояний, они легко переходят в восторг от радостных событий и в полное отчаянье — от печальных.

По каждому из предложенных выше типов личностной направленности подсчитывался процентный показатель, который отражает общее количество испытуемых с определенной акцентуацией.

Тестовый материал

Вам предлагается ряд утверждений. Если Вы согласны с данным утверждением, то рядом с номером поставьте знак «плюс (+)», если не согласны, то поставьте знак «минус (-)»

1. У вас чаще веселое и беззаботное настроение.

2. Вы чувствительны к оскорблениям.

3. Иногда в кино, театре, при беседе у вас на глазах появляются слезы.

4. Сделав что-то, вы сомневаетесь, все ли сделали правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока еще раз не убедитесь в том, что все выполнено так, как надо.

5. В детстве Вы были так же смелы, как и все Ваши сверстники.

6. У вас часто или резко меняется настроение: от ликования до отвращения к жизни, к себе.

7. Обычно Вы являетесь центром внимания в обществе, компании.

8. Бывает так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать.

9. Вы серьезный человек.

10. Иногда Вы способны восторгаться, восхищаться чем-нибудь.

11. Вы предприимчивы.

12. Если Вас кто-то обидит, Вы быстро забываете об этом.

13. Вы мягкосердечны.

14. Опустив письмо, в почтовый ящик, Вы проверяете, проводя рукой по щели ящика, что письмо упало.

15. Вы всегда стремитесь быть в числе лучших работников.

16. В детстве Вам было страшно во время грозы или при встрече с незнакомой собакой; такое чувство бывает и теперь, когда Вы повзростели.

17. Во всем и повсюду Вы стремитесь соблюдать порядок.

18. Ваше настроение зависит от внешних обстоятельств.

19. Ваши знакомые любят Вас.

20. Часто у Вас возникает чувство внутреннего беспокойства, предчувствие беды, неприятности.

21. У Вас часто бывает подавленное настроение

22. Хотя бы один раз с вами случалась истерика, нервный срыв.

23. Вам трудно долго усидеть на одном месте.

24. Если по отношению к вам поступили несправедливо, Вы энергично отстаиваете свои интересы.

25. Вы сможете зарезать курицу или овцу.

26. Если дома занавес или скатерть свисают неровно, это Вас раздражает, и вы стараетесь сразу же поправить их.

27. В детстве Вы боялись оставаться дома один (одна).

28. Колебания настроения без причины бывают у Вас часто.

29. Вы всегда стремитесь быть достаточно профессиональным, выполняя свою работу.

30. Рассердить Вас нетрудно, вы легко впадаете в гнев.

31. Вы можете быть абсолютно беззаботным и очень веселым.

32. Бывает так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает вас.

33. Из Вас получился бы ведущий в юмористическом концерте.
34. Обычно вы высказываете свое мнение откровенно, прямо и недвусмысленно.
35. Переносить вид крови вам трудно, она вызывает у Вас неприятные ощущения.
36. Вы любите работу с высокой личной ответственностью.
37. Вы склонны защищать лиц, по отношению, к которым поступают несправедливо.
38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться.
39. Вы предпочитаете такую работу, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки.
40. Вы общительны.
41. В школе Вы охотно декламировали стих.
42. В детстве Вы убегали из дома.
43. Жизнь кажется Вам трудной.
44. Бывает так, что после конфликта, обиды Вы до того расстроены, что идти на работу кажется невыносимым.
45. При неудаче вы не теряете чувство юмора.
46. Если Вас кто-то обидел, Вы первым можете сделать шаг к примирению.
47. Вы очень любите животных.
48. Чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится, Вы возвращаетесь.
49. Иногда Вас преследует неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное.
50. Ваше настроение очень изменчиво.
51. Вам трудно выступать перед большим количеством людей.
52. Если вас оскорбят, вы можете ударить обидчика.
53. Потребность в общении с другими людьми у вас очень велика.
54. Вы относите себя к тем людям, которые при каких-либо разочарованиях впадают в полное отчаяние.
55. Работа, требующая энергичной организаторской деятельности, вам нравится.
56. Вы настойчиво добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу неприятностей.
57. Трагический фильм может взволновать вас так, что на глазах выступают слезы.
58. Часто Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого или завтрашнего дня присутствуют в ваших мыслях.

59. В школе вы иногда подсказывали своим товарищам или давали им списывать.
60. Чтобы пройти одному через кладбище, Вам потребуется большое напряжение воли.
61. Вы тщательно следите за тем, чтобы каждая вещь в доме всегда была на одном и том же месте.
62. Бывает так, что, находясь перед сном в хорошем настроении, вы наутро встаете в подавленном, и оно длится несколько часов.
63. К новым ситуациям Вы приспосабливаетесь легко.
64. У Вас бывают головные боли.
65. Вы часто смеетесь.
66. Даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете, Вы можете быть приветливым.
67. Вы подвижный человек.
68. Вы очень огорчаетесь из-за несправедливости.
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом.
70. Уходя из дома или ложась спать, Вы проверяете, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери.
71. Вы очень боязливы.
72. При приеме алкоголя Ваше настроение меняется.
73. В юности Вы охотно участвовали в художественной самодеятельности.
74. Вы оцениваете жизнь несколько пессимистично, не ожидая от нее радостей.
75. Часто Вас тянет путешествовать.
76. Ваше настроение может измениться так резко, что состояние радости вдруг смениться подавленностью.
77. Вам легко удастся поднять настроение друзей в компании.
78. Вы долго переживаете обиду.
79. Вы долго сопереживаете горе других людей.
80. Будучи школьником, вы часто переписывали страницу в тетради, если случайно делали помарки.
81. К людям вы относитесь скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью.
82. Часто Вы видите страшные сны.
83. Бывает, Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у многоэтажного дома, что можете внезапно выпасть из окна.
84. В веселой компании Вы обычно веселы.

85. Вы способны отвлечься от трудных проблем.

86. Приняв алкоголь, Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно.

87. В беседе Вы скупы на слова.

88. Играя на сцене, Вы смогли бы так войти в роль, что позабыли бы, что это только игра.

Ключ к методике К. Леонгарда.

Тип личности	(+)	(-)
Гипертимные (*3)	1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77;	нет
Возбудимые (*2)	2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81;	12, 46, 59
Эмотивные (*3)	3, 13, 35, 47, 57, 69, 79	25.
Педантичные (*2)	4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83	36.
Тревожные (*3)	16, 27, 38, 49, 60, 71, 82	5
Циклотимные (*3)	6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	нет
Демонстративные (*2)	7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88	51
Неуравновешенные (*3)	8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86	нет
Дистимные (*3)	9, 21, 43, 75, 87	31, 53, 65
Экзальтированные (*6)	10, 32, 54, 76	нет

4. Методика диагностики направленности личности Б. Басса

При исследовании направленности личности выделяются два доминирующих фактора: направленность на дело и на себя. Опросник состоит из 27 пунктов-суждений, по каждому из которых возможны три варианта ответов, соответствующие трем видам направленности личности: направленность на себя (Я), направленность на общение (О), направленность на дело (Д). Необходимо отметить, что некоторые из суждений были модифицированы непосредственно для работы с наркозависимыми в реабилитационном центре (см. приложение 1).

Из ответов на каждый из пунктов предлагался выбрать тот, который наиболее точно выражает точку зрения испытуемого, т. е. наиболее ценен для него. Также выбрался тот, который наименее ценен. Таким образом, на каждый из вопросов использовались две буквы, которые и записывались в соответствующих столбцах, а третий вариант не был использован.

У каждого испытуемого выявляется один преобладающий тип направленности из трех:

Направленность на себя (Я) — ориентация на прямое вознаграждение и удовлетворение, агрессивность в достижении статуса, властность,

склонность к соперничеству, раздражительность, тревожность, интер-
вертированность.

Направленность на общение (О) — стремление при любых условиях поддерживать отношения с людьми, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению заданий или оказанию искренней помощи людям. Ориентация на социальное одобрение, зависимость от группы, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми.

Направленность на дело (Д) — заинтересованность в решении деловых проблем, в выполнении работы как можно лучше, ориентация на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, которое полезно для достижения общей цели.

Тестовый материал

Вам предлагаются суждения и три варианта ответов. Выберите два варианта, которые наиболее и наименее точно выражают Вашу точку зрения и проставьте в бланке ответов буквы выбранных вами вариантов.

1. Наибольшее удовлетворение я получаю от...

А. Одобрения моей работы.

Б. Сознания того, что работа сделана мною хорошо.

В. Сознания того, что меня окружают друзья.

2. Если бы я играл в футбол (волейбол, баскетбол), то хотел бы быть...

А. Тренером, который разрабатывает тактику игры.

Б. Известным игроком.

В. Выбранным капитаном команды.

3. По-моему, лучшим консультантом является тот, кто...

А. Проявляет интерес к пациентам и имеет к каждому индивидуальный подход.

Б. Вызывает интерес к прохождению курса реабилитации так, что пациенты стремятся его пройти до конца.

В. Создает в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение.

4. Мне нравится, когда люди...

А. Радуются выполненной работе.

Б. С удовольствием работают в коллективе.

В. Стремятся выполнить свою работу лучше других.

5. Я хотел бы, чтобы мои друзья были...

А. Отзывчивы и помогали людям, когда для этого представляется возможность.

Б. Верны и преданны мне.

- В. Умными и интересными людьми.
6. Лучшими друзьями я считаю тех...
- А. С кем складываются хорошие взаимоотношения.
- Б. На кого всегда можно положиться
- В. Кто сможет многого достичь в жизни.
7. Больше всего я не люблю, когда...
- А. У меня что-то не получается.
- Б. Портятся отношения с товарищами.
- В. Меня критикуют.
8. По-моему, хуже всего, когда консультант...
- А. Не скрывает, что некоторые пациенты ему не симпатичны, насмехается и подшучивает над ними.
- Б. Вызывает в коллективе дух соперничества.
- В. Недостаточно хорошо знает свой предмет, который преподает.
9. В детстве мне больше всего нравилось...
- А. Проводить время с друзьями.
- Б. Ощущение выполненных дел.
- В. Когда меня за что-нибудь хвалили.
10. Я хотел бы быть похожим на тех, кто...
- А. Добился успеха в жизни.
- Б. По-настоящему увлечен своим делом.
- В. Отличается дружелюбием и доброжелательностью.
11. В первую очередь центр должен...
- А. Научить решать задачи, которые ставит жизнь.
- Б. Развивать индивидуальные способности пациента.
- В. Воспитывать качества, помогающие взаимодействовать.
12. Если бы у меня было больше свободного времени, я использовал бы его для...
- А. Общения с друзьями.
- Б. Отдыха и развлечений.
- В. Своих любимых дел и самообразования.
13. Наибольших успехов я добиваюсь, когда...
- А. Работа с людьми, которые мне симпатичны.
- Б. У меня интересная работа.
- В. Мои усилия хорошо вознаграждаются.
14. Я люблю, когда...
- А. Другие меня ценят.
- Б. Испытываю удовлетворение от хорошо выполненной работы.
- В. Приятно провожу время с друзьями.

15. Если бы обо мне решили написать в газете, то хочется, чтобы...
- А. Рассказали о каком-либо интересном деле, связанном с работой в центре или спортом, в котором мне довелось участвовать.
 - Б. Написали о моей деятельности.
 - В. Обязательно рассказали о коллективе, в котором я работаю.
16. Лучших результатов я добиваюсь, если консультант...
- А. Имеет ко мне индивидуальный подход.
 - Б. Сумеет вызвать у меня интерес к предстоящей работе.
 - В. Устраивает коллективные обсуждения изучаемых проблем.
17. Для меня нет ничего хуже, чем...
- А. Оскорбление моего личного достоинства.
 - Б. Неудача при выполнении важного дела.
 - В. Потеря друзей.
18. Больше всего я ценю...
- А. Успех.
 - Б. Возможность хорошей совместной работы.
 - В. Здравый практичный ум и смекалку.
19. Я не люблю людей, которые...
- А. Считают себя лучше других.
 - Б. Часто ссорятся и конфликтуют.
 - В. Возражают против всего нового.
20. Мне приятно, если...
- А. Занимаюсь делом, важным для всех.
 - Б. Имею много друзей.
 - В. Вызываю восхищение и всем нравлюсь.
21. По-моему, руководитель в первую очередь должен быть...
- А. Доступным.
 - Б. Авторитетным.
 - В. Требовательным.
22. В свободное время я охотно предпочитал бы книги...
- А. О том, как находить единомышленников и поддерживать хорошие отношения с людьми.
 - Б. О жизни знаменитых и интересных людей.
 - В. О последних достижениях науки и техники.
23. Если бы у меня были способности к музыке, я предпочел бы...
- А. Дирижером.
 - Б. Композитором.
 - В. Солистом.
24. Мне бы хотелось ...

А. Придумать интересный конкурс.

Б. Победить в конкурсе.

В. Организовать конкурс и руководить им.

25. Для меня важнее всего знать...

А. Что я хочу сделать.

Б. Как достичь цели.

В. Как организовать людей для достижения цели.

26. Человек должен стремиться к тому, чтобы...

А. Другие были им довольны.

Б. Прежде всего выполнить свою задачу.

В. Его не нужно было упрекать за выполненную работу.

27. Лучше всего я отдыхаю в свободное время...

А. В общении с друзьями.

Б. Просматривая развлекательные фильмы.

В. Занимаясь своим любимым делом.

5. Тест-опросник самоотношения (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев)

Тест опросник самоотношения (ОСО) построен в соответствии с разработанной В. В. Столиным иерархической моделью структуры самоотношения. Данная версия опросника позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности:

1. глобальное самоотношение;

2. самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе;

3. уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я».

В качестве исходного принимается различие содержания «Я-образа» (знания или представления о себе, в том числе и в форме оценки выраженности тех или иных черт) и самоотношения. В ходе жизни человек познает себя и накапливает о себе знания, эти знания составляют содержательную часть его представлений о себе. Однако знания о себе самом, естественно, ему небезразличны: то, что в них раскрывается, оказывается объектом его эмоций, оценок, становится предметом его более или менее устойчивого самоотношения.

Опросник включает следующее шкалы:

Шкала S — измеряет интегральное чувство «за» или «против» собственно «Я» испытуемого.

Шкала I — самоуважение.

Шкала II — аутосимпатия.

Шкала III — ожидаемое отношение от других.

Шкала IV — самоинтерес.

Опросник содержит также семь шкал направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» испытуемого.

Шкала 1 — самоуверенность.

Шкала 2 — отношение других.

Шкала 3 — самопринятие.

Шкала 4 — саморуководство, самопоследовательность.

Шкала 5 — самообвинение.

Шкала 6 — самоинтерес.

Шкала 7 — самопонимание.

Глобальное самоотношение — внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя.

Самоуважение — шкала из 15 пунктов, объединивших утверждения, касающиеся «внутренней последовательности», «самопонимания», «самоуверенности». Речь идет о том аспекте самоотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя.

Аутосимпатия — шкала из 16 пунктов, объединяющая пункты, в которых отражается дружелюбность-враждебность к собственному «Я». В шкалу вошли пункты, касающиеся «самопринятия», «самообвинения». В содержательном плане шкала на позитивном полюсе объединяет одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивную самооценку, на негативном полюсе, — видение в себе по преимуществу недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению. Пункты свидетельствуют о таких эмоциональных реакциях на себя, как раздражение, презрение, издевка, вынесение самоприговоров («и поделом тебе»).

Самоинтерес — шкала из 8 пунктов, отражает меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других. Ожидаемое отношение от других — шкала из 13 пунктов, отражающих ожидание позитивного или негативного отношения к себе окружающих.

Инструкция: Вам предлагается ответить на следующие 57 утверждений. Если Вы согласны с данным утверждением ставьте знак «+», если не согласны то знак «-».

Текст опросника

1. Думаю, что большинство моих знакомых относится ко мне с симпатией.
2. Мои слова не так уж часто расходятся с делом.
3. Думаю, что многие видят во мне что-то сходное с собой.
4. Когда я пытаюсь себя оценить, я прежде всего вижу свои недостатки.
5. Думаю, что как личность я вполне могу быть притягательным для других.
6. Когда я вижу себя глазами любящего меня человека, меня неприятно поражает то, насколько мой образ далек от действительности.
7. Мое «Я» всегда мне интересно.
8. Я считаю, что иногда не грех пожалеть самого себя.
9. В моей жизни есть или, по крайней мере, были люди с которыми я был чрезвычайно близок.
10. Собственное уважение мне еще надо заслужить.
11. Бывало, и не раз, что я сам себя остро ненавижу;
12. Я вполне доверяю своим внезапно возникшим желаниям.
13. Я сам хотел во многом себя переделать.
14. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
15. Я искренне хочу, чтобы у меня было все хорошо в жизни.
16. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то прежде всего к самому себе.
17. Случайному знакомому я скорее всего покажусь человеком приятным.
18. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
19. Собственные слабости вызывают у меня что-то наподобие презрения.
20. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
21. Некоторые свои качества я ощущаю как посторонние, чужие мне.
22. Вряд ли кто-либо сможет почувствовать свое сходство со мной.
23. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
24. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
25. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни — это подчиниться собственной судьбе.
26. Посторонний человек, на первый взгляд, найдет во мне много отталкивающего.
27. К сожалению, если я и сказал что-то, это не значит, что именно так и буду поступать.
28. Свое отношение к самому себе можно назвать дружеским;
29. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.

30. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
31. В глубине души я бы хотел, чтобы со мной произошло что-то катастрофическое.
32. Вряд ли я вызываю симпатию у большинства моих знакомых.
33. Мне бывает очень приятно увидеть себя глазами любящего меня человека.
34. Когда у меня возникает какое-либо желание, я прежде всего спрашиваю о себя, разумно ли это.
35. Иногда мне кажется, что если бы какой-то мудрый человек смог увидеть меня насквозь, он бы тут же понял, какое я ничтожество.
36. Временами я сам собой восхищаюсь.
37. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
38. В глубине души я никак не могу поверить, что я действительно взрослый человек.
39. Без посторонней помощи я мало, что могу сделать.
40. Иногда я сам себя плохо понимаю.
41. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызывать у других неприязнь.
44. Большинство моих знакомых не принимают меня уж так всерьез.
45. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
46. Я вполне могу сказать, что унижаю себя сам.
47. Даже мои негативные черты не кажутся мне чужими.
48. В целом, меня устраивает то, какой я есть.
49. Вряд ли меня можно любить по-настоящему.
50. Моим мечтам и планам не хватает реалистичности
51. Если бы мое второе «Я» существовало, то для меня это был бы самый скучный партнер по общению
52. Думаю, что мог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком
53. То, что во мне происходит, как правило, мне понятно.
54. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.
55. Вряд ли найдется много людей, которые обвинят меня в отсутствии совести.
56. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
57. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.

Порядок подсчета: Показатель по каждому фактору подсчитывается путем суммирования утверждений, с которыми испытуемый согласен, если они входят в фактор с положительным знаком и утверждений, с которыми испытуемый не согласен, если они входят в фактор с отрицательным знаком. Полученный «сырой балл» по каждому фактору переводится, по приведенным ниже таблицам, в накопленные частоты (в%)

Ключ для обработки:

Номера пунктов и знак, с которым пункт входит в соответствующий фактор.

Шкала S (интегральная):

«+»: 2, 5, 23, 33, 37, 42, 46, 48, 52, 53, 57.

«-»: 6, 9, 13, 14, 16, 18, 30, 35, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 56.

Шкала самоуважения (I):

«+»: 2, 23, 53, 57.

«-»: 8, 13, 25, 27, 31, 35, 38, 39, 40, 41, 50.

Шкала аутосимпатии (II):

«+»: 12, 18, 28, 29, 37, 46, 48, 54.

«-»: 4, 9, 11, 16, 19, 24, 45, 56.

Шкала ожидаемого отношения от других (III):

«+»: 1, 5, 10, 15, 42, 55.

«-»: 3, 26, 30, 32, 43, 44, 49.

Шкала самоинтересов (IV):

«+»: 7, 17, 20, 33, 34, 52.

«-»: 14, 51.

Шкала самоуверенности (1):

«+»: 2, 23, 37, 42, 46.

«-»: 38, 39, 41.

Шкала отношения других (2):

«+»: 1, 5, 10, 52, 55.

«-»: 32, 44.

Шкала самопринятия (3):

«+»: 12, 18, 28, 47, 48, 54.

«-»: 21.

Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4):

«+»: 50, 57.

«-»: 25, 27, 31, 35, 36.

Шкала самообвинения (5):

«+»: 3, 4, 9, 11, 16, 24, 45, 56.

«-»:

Шкала самоинтереса (6):

«+»: 17, 20, 33.

«-»: 26, 30, 49, 51.

Шкала самопонимания (7):

«+»: 53.

«-»: 6, 8, 13, 15, 22, 40.

6. Методика самоотношения (мис).

В современной психологической науке существует около двух десятков популярных и широко применяемых методик, связанных с диагностикой эмоционально-оценочной подсистемы, большинство из которых созданы силами западных исследователей. Среди отечественных психологов наиболее популярны опросник самоотношения В. В. Столина и СР. Пантелеева (ОСО) и опросник СР. Пантелеева (МИС).

Методика исследования самоотношения (МИС) разработана Р. С. Пантелеевым (1989) и содержит 9 шкал.

Шкала 1 — внутренняя честность (открытость) включает в себя 11 пунктов с такими аспектами образа «Я», как самоотношение, поведение, которые, являясь значимыми для личности (с точки зрения моральных норм), с трудом допускаются до осознания.

Низкие значения шкалы говорят о глубокой осознанности «Я», повышенной рефлексивности и критичности, способности не скрывать от себя и других даже неприятную информацию, несмотря на ее значимость.

Высокие значения шкалы говорят о закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую о себе информацию.

Шкала 2 — самоуверенность содержит пункты, задающие представление о себе как о самостоятельном, волевом, энергичном, надежном человеке, которому есть за что себя уважать.

Положительный полюс шкалы соответствует высокому самомнению, самоуверенности, отсутствию внутренней напряженности.

Низкие значения говорят о неудовлетворенности собой и своими возможностями, сомнениях в способности вызывать уважение.

Шкала 3 — саморуководство отражает представление о том, что основным источником активности и результатов, касающихся как деятельности, так и собственной личности субъекта, является он сам.

Высокий балл по шкале свидетельствует о том, что человек отчетливо переживает собственное «Я» как внутренний стержень, интегрирующий и организующий его личность и жизнедеятельность, считает, что его судьба находится в его собственных руках; чувствует обоснованность и последовательность своих внутренних побуждений и целей.

Низкие баллы свидетельствуют о подвластности «Я» влияниям обстоятельств, неспособности противостоять судьбе, плохой саморегуляции, размытом фокусе «Я», отсутствии тенденций поиска причины поступков и результатов в себе самом.

Данная шкала по содержанию близка к психологической переменной, которую в литературе принято обозначать как локус контроля.

Шкала 4 — зеркальное «Я» (отраженное самоотношение) включает пункты, связанные с ожидаемым отношением к себе со стороны других людей.

Высокие значения шкалы соответствуют представлению субъекта о том, что его личность, характер и деятельность способны вызвать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание; с низкими значениями связано ожидание противоположных чувств по отношению к себе от другого.

Шкала 5 — самооценность.

Высокие оценки по этой шкале отражают заинтересованность в собственном «Я», любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно прилагаемую ценность своего «Я» для других. Шкала отражает эмоциональную оценку себя, своего «Я» по внутренним интимным критериям любви, духовности, богатства внутреннего мира.

Низкие баллы по шкале говорят о переоценке своего духовного «Я», сомнении в ценности собственной личности, отстраненности, граничащей с безразличием к своему «Я», потере интереса к своему внутреннему миру.

Шкала 6 — самопринятие.

Высокий полюс соответствует дружескому отношению к себе, согласию с самим собой, одобрению своих планов и желаний, эмоциональному, безусловному принятию себя таким, каков есть, пусть даже с некоторыми недостатками.

Низкий полюс свидетельствует об отсутствии перечисленных качеств — недостаточном самопринятии, что является важным симптомом внутренней дезадаптации.

Шкала 7 — самопривязанность.

Высокие значения шкалы говорят о ригидности Я — концепции, привязанности, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Данные переживания часто сопровождаются привязанностью к неадекватному Я — образу. В последнем случае тенденция к сохранению такого образа — один из защитных механизмов самосознания.

Низкие значения свидетельствуют о противоположных тенденциях: желании что-то в себе изменить, соответствовать идеальному представлению о себе, неудовлетворенности собой.

Шкала 8 — внутренняя конфликтность.

Высокие значения по данной шкале свидетельствуют о наличии внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины. Постоянная неудовлетворенность и споры с собой протекают на фоне неадекватно заниженной самооценки, что приводит к сомнениям в своей способности что-то предпринять или изменить. Чрезмерное самокопание и рефлексия протекают на общем негативном эмоциональном фоне по отношению к себе. Причем конфликтная аутокоммуникация не только не приносит облегчения, но наоборот, лишь усугубляет негативные эмоции.

Умеренное повышение по шкале говорит о повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, осознании своих трудностей, адекватном образе «Я» и отсутствии вытеснения.

Крайне низкие значения шкалы свидетельствуют об отрицании проблем, закрытости, поверхностном самодовольстве.

Шкала 9 — самообвинение.

Высокие значения говорят об интрапунитивности, самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. По психологическому содержанию шкала в целом сходна с предыдущей шкалой. Однако если значение 8-й шкалы характеризуется конфликтностью, связанной с недостатком самоуважения (недооценкой своих возможностей, компетентности, знаний и способностей), то значение 9-й шкалы является индикатором отсутствия симпатии, что сопровождается негативными эмоциями в свой адрес даже несмотря на высокую оценку собственных качеств.

Крайне низкие значения по 8-й и 9-й шкалам при общем снижении профиля по предыдущим параметрам являются индикаторами глубокой внутренней дезадаптации и кризисной ситуации, требующей принятия психокоррекционных мер.

Процедура проведения опроса и обработка результатов.

Испытуемому предъявляется тест, содержащий 110 пунктов и стандартный бланк ответов. Инструкция подразумевает два варианта ответов: «согласен — не согласен», которые фиксируются испытуемыми в соответствующих позициях бланка.

Значения подсчитываются по 9 шкалам с помощью специального ключа-трафарета, накладываемого на бланк. Трафарет конструируется в соответствии с ключом теста.

Ключ для обработки

(приводятся номера пунктов и знак, с которым пункт входит в соответствующий фактор)

Шкала 1. Открытость

«+»: 1, 3, 9, 53, 56, 65.

«-»: 21, 48, 62, 86, 98.

Шкала 2. Самоуверенность

«+»: 7, 24, 30, 35, 36, 51, 52, 58, 61, 73, 82.

«-»: 20, 80, 103.

Шкала 3. Саморуководство

«+»: 43, 44, 45, 74, 76, 84, 90, 105, 106, 108, 110.

«-»: 109.

Шкала 4. Зеркальное «Я»

«+»: 2, 5, 29, 41, 50, 102.

«-»: 13, 18, 34, 85.

Шкала 5. Самоценность

«+»: 8, 16, 39, 54, 57, 68, 70, 75, 100.

«-»: 15, 26, 31, 46, 83.

Шкала 6. Самопринятие

«+»: 10, 12, 17, 28, 40, 49, 63, 72, 77, 79, 88, 97.

Шкала 7. Самопривязанность

«+»: 6, 32, 33, 55, 89, 93, 95, 101, 104.

«-»: 96, 107.

Шкала 8. Конфликтность

«+»: 4, 11, 22, 23, 27, 38, 47, 59, 64, 69, 81, 91, 94, 99.

Шкала 9. Самообвинение

«+»: 14, 19, 25, 37, 60, 66, 71, 78, 87, 92.

Полученные «сырые» баллы по специальной шкале переводятся в стены.

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шкала 1	0	0	1	2-3	4-5	6-7	8	9	10	11
Шкала 2	0-1	2	3-4	5-6	7-9	10	11-12	13	13	14
Шкала 3	0-1	2	3	4-5	6	7	8	9-10	11	12
Шкала 4	0	1	2	3-4	5	6-7	8	9	10	11
Шкала 5	0-1	2	3	4-5	6-7	8	9-10	11	12	13-14
Шкала 6	0-1	2	3-4	5	6-7	8	9	10	11	12
Шкала 7	0	1	2	3	4-5	6	7-8	9	10	11
Шкала 8	0	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-12	13	14	15
Шкала 9	0	1	2	3-4	5	6-7	8	9	10	10

Проведенная факторизация матриц интеркорреляций значений шкал позволила выделить три независимых фактора.

I. Самоуважение. В данный фактор вошли значения шкал: открытость (внутренняя честность) (1), самоуверенность (2), саморуководство (3), зеркальное «Я» (отражение самооотношения) (4). Совокупность значений шкал выражает оценку собственного «Я» испытуемого по отношению к социально-нормативным критериям: моральности, успешности, воле, целеустремленности, социальному одобрению.

II. Аутосимпатия. В данный фактор вошли значения шкал: самооценочность (5), самопринятие (6) и самопривязанность (7). Эти шкалы в наиболее чистом виде отражают эмоциональное отношение испытуемого к своему «Я».

III. Внутренняя неустроенность. Данный фактор содержит значения шкал: внутренняя конфликтность (8), самообвинение (9). Этот фактор связан с негативным самооотношением, не зависящим от аутосимпатии и самоуважения.

Показатели третьего фактора могут свидетельствовать о дезадаптации личности и о потребности респондента в психологической помощи.

Текст методики МИС

1. Мои слова довольно редко расходятся с делом.
2. Случайному человеку я скорее всего покажусь человеком приятным.
3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же пониманием, что и к своим.
4. У меня нередко возникает чувство, что-то, о чем я с собой мысленно разговариваю, — мне неприятно.
5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.
6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни, — это не противиться собственной судьбе.
7. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
9. Я не способен причинять душевную боль самым родным и любимым людям.
10. Я считаю, что не грех иногда пожалеть самого себя.
11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, как же мне могло прийти в голову, что из задуманного могло получиться что-нибудь хорошее.
12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.

13. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать у других острую неприязнь.
14. Когда я пытаюсь оценить себя, я прежде всего вижу свои недостатки.
15. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.
18. Многие мои знакомые не принимают меня так уж всерьез.
19. Бывало, и не раз, что я сам остро ненавижу себя.
20. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
21. В моей жизни возникали такие обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.
22. Иногда я сам себя плохо понимаю.
23. Порой мне мучительно больно общаться с самим собой.
24. Думаю, что без труда смог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
25. Если я отношусь к кому-нибудь с укоризной, то, прежде всего к самому себе.
26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему.
27. Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.
28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.
30. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
31. Если бы мое второе «Я» существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер по общению.
32. Мне представляется, что я достаточно сложился как личность, и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.
33. В целом меня устраивает то, какой я есть.
34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.
35. Я вполне могу сказать, что уважаю сам себя.
36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в себе самом.
37. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
38. Я часто, но довольно безуспешно пытаюсь в себе что-то изменить.
39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.
40. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.

41. Я редко остаюсь непонятым в самом важном для меня.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. То, что со мной случается, — это дело моих собственных рук.
44. Если я спорю с собой, то уверен, что найду единственно правильное решение.
45. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
46. Я не считаю, что достаточно духовно интересен для того, чтобы быть притягательным для многих людей.
47. У меня нередко возникает сомнение, а таков ли я на самом деле, каким себе представляюсь.
48. Я не способен на измену даже в мыслях.
49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.
50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.
51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
52. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.
53. Я никогда не выдаю понравившиеся мне чужие мысли за свои.
54. Каким бы я ни казался окружающим, я-то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.
55. Я хотел бы оставаться таким, какой я есть.
56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснована и справедлива.
57. Мне кажется, что если бы было больше таких людей, как я, то жизнь изменилась бы в лучшую сторону.
58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.
59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.
60. Во мне есть немало того, что вряд ли вызывает симпатию.
61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы разрешатся сами собой.
62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.
63. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.
64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя, — малоприятное и довольно рискованное занятие.
65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
66. У меня бывали такие моменты, когда я понимал, что и меня есть за что презирать.
67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.
68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.

69. Долгие споры с собой чаще оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.
70. Думаю, что общение со мной доставляет людям искреннее удовольствие.
71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.
72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.
73. Я — человек ненадежный.
74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.
75. Мое внутреннее «Я» всегда мне интересно.
76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.
77. Близким людям свойственно меня недооценивать.
78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда я сам себе противен.
79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.
80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.
81. Порой мне кажется, что я какой-то странный.
82. Я не склонен пасовать перед трудностями.
83. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
84. Мне кажется, что, глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я научился гораздо лучше себя понимать.
85. Сомневалась, что вызываю симпатию у большинства окружающих.
86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.
87. Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.
88. Если я искренне обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.
89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.
90. Я вполне представляю себе, что меня ждет впереди.
91. Иногда мне бывает трудно найти общий язык со своим внутренним «Я».
92. Мои мысли о себе по большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.
93. Я не хотел бы сильно меняться даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение — это потеря какой-то дорогой частицы самого себя.
94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.
95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.
96. Мне еще многого не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: «Да, я вполне созрел как личность».

97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.

98. Иногда я оказываю «бескорыстную» помощь людям только для того, чтобы лучше выглядеть в собственных глазах.

99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.

100. Те, кто меня не любит, просто не знают, что я за человек.

101. Убедить себя в чем-то не составляет для меня особого труда.

102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.

103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.

104. Если не мелочиться, то в целом меня не в чем упрекнуть.

105. Я сам создал себя таким, каков я есть.

106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.

107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.

108. Ко мне относятся так, как я того заслуживаю.

109. Думаю, что моя судьба сложится все равно не так, как бы мне хотелось теперь.

110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

7. Опросник Стефансона

Методика позволяет определить шесть основных тенденций поведения человека в реальной группе: зависимость, независимость, общительность, необщительность, принятие борьбы и избегание борьбы. Тенденция к зависимости определена как внутреннее стремление индивида к принятию групповых стандартов и ценностей: социальных и морально-этических. Тенденция к общительности свидетельствует о контактности, стремлении образовать эмоциональные связи, как в своей группе, так и за ее пределами. Тенденция к борьбе — активное стремление личности участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений; в противоположность этой тенденции — избегание борьбы — показывает стремление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых спорах и конфликтах, склонность к компромиссным решениям. Каждая из этих тенденций имеет внутреннюю и внешнюю характеристики, т. е. зависимость, общительность и борьба могут быть истинными, внутренне присутствующими личности, а могут быть внешними, своеобразной маской, скрывающей истинное лицо человека. Если число положительных ответов в каждой сопряженной паре (зависимость — независимость, общительность — необщительность, принятие борьбы — избегание борьбы) приближается к 20, то мы говорим об истинном преобладании той или иной

устойчивой тенденции, присущей индивиду и проявляющейся не только в определенной группе, но и за ее пределами.

Процедура исследования.

Испытуемому предъявляется карточка утверждений и предлагается ответить «да», если оно соответствует его представлению о себе как члене данной конкретной группы, или «нет», если оно противоречит его представлению, и только в исключительных случаях разрешается ответить: «сомневаюсь», т. е. разложить на три группы ответов. Ответы испытуемого разносятся по соответствующим ключам и подсчитываются тенденции по каждой из сопряженных пар. Так как отрицание одного качества является признанием полярного качества, число ответов «да» складывается с числом ответов «нет» противоположных тенденций.

В результате получается суммарное числовое определение для каждой из перечисленных тенденций. Для сведения результатов в границы от +1 до -1 полученное число делится на 10. Предполагается, что ответ «да» имеет положительный знак, а ответ «нет» — отрицательный. Три-четыре ответа «сомневаюсь» по отдельным тенденциям расцениваются нами как признак нерешительности, уклончивости, астеничности, однако в других случаях это может свидетельствовать об известной избирательности в поведении, о тактической гибкости, стеничности. Эти качества можно верифицировать, анализируя их в совокупности с другими личностными особенностями.

Возможна и нулевая оценка, когда суммы ответов «да» и «нет» совпадают. Именно такое положение может явиться источником внутреннего конфликта личности, находящейся во власти имеющих одинаковую выраженность противоположных тенденций.

Определенный интерес представляет использование данной методики в качестве взаимооценки для сравнения представлений о самом себе с мнением каждого о каждом внутри группы.

Текст опросника

1. Критичен к окружающим товарищам.
2. Возникает тревога, когда в группе начинается конфликт.
3. Склонен следовать советам лидера.
4. Не склонен к слишком близким отношениям с товарищами.
5. Нравится дружелюбность в группе.
6. Склонен противоречить лидеру.
7. Испытывает симпатии к одному — двум членам группы.
8. Избегает встреч и собраний в группе.

9. Нравится похвала лидера.
10. Независим в суждениях и манере поведения.
11. Готов встать на чью-либо сторону в споре.
12. Склонен руководить товарищами.
13. Радуется общению с одним-двумя друзьями.
14. Внешне спокоен при проявлении враждебности со стороны членов группы.
15. Склонен поддерживать настроение своей группы.
16. Не придает значения личным качествам членов группы.
17. Склонен отвлекать группу от ее целей.
18. Испытывает удовлетворение, противопоставляя себя лидеру.
19. Хотел бы сблизиться с некоторыми членами группы.
20. Предпочитает оставаться нейтральным в споре.
21. Нравится, когда лидер активен и хорошо руководит.
22. Предпочитает хладнокровно обсуждать разногласия.
23. Недостаточно сдержан в выражении чувств.
24. Стремится сплотить вокруг себя единомышленников.
25. Недоволен слишком формальными отношениями.
26. Когда обвиняют — теряется и молчит.
27. Предпочитает соглашаться с основными направлениями в группе.
28. Привязан к группе в целом больше, чем к определенным товарищам.
29. Склонен затягивать и обострять спор.
30. Стремится быть в центре внимания.
31. Хотел бы быть членом более узкой группировки.
32. Склонен к компромиссам.
33. Испытывает внутреннее беспокойство, когда лидер поступает вопреки его ожиданиям.
34. Болезненно относится к замечаниям товарищей.
35. Может быть коварным и вкрадчивым.
36. Склонен принять на себя руководство в группе.
37. Откровенен в группе.
38. Возникает нервное беспокойство во время группового разногласия.
39. Предпочитает, чтобы лидер брал на себя ответственность при планировании работ.
40. Не склонен отвечать на проявление дружелюбия.
41. Склонен сердиться на товарищей.
42. Пытается вести других против лидера.
43. Легко находит знакомства за пределами группы.
44. Старается избегать быть втянутым в спор.

45. Легко соглашается с предложениями других членов группы.
46. Оказывает сопротивление образованию группировок в группе.
47. Насмешлив и ироничен, когда раздражен.
48. Возникает неприязнь к тем, кто пытается выделиться.
49. Предпочитает меньшую, но более интимную группу.
50. Пытается не показывать свои истинные чувства.
51. Становится на сторону лидера при групповых разногласиях.
52. Инициативен в установлении контактов в общении.
53. Избегает критиковать товарищей.
54. Предпочитает обращаться к лидеру чаще, чем к другим.
55. Не нравится, что отношения в группе слишком фамильярны.
56. Любит затевать споры.
57. Стремится удерживать свое высокое положение в группе.
58. Склонен вмешиваться в контакты товарищей и нарушать их.
59. Склонен к перепалкам, задиристый.
60. Склонен выражать недовольство лидером.

Ключ

1	Зависимость	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 54
2.	Независимость	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 57, 60
3.	Общительность	5, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 52
4	Необщительность	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 55, 58
5	Принятие борьбы	1, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 56, 59
6.	Избегание борьбы	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 53

8. Методика «Человек под дождем» Е. Романова

Материалы: 3 листа белой бумаги формата А4; набор цветных карандашей.

Время рисования: обычно 20–25 минут. Желательно, чтобы все три задания были выполнены за один раз.

Графические методы дают возможность человеку проецировать реальность и по-своему интегрировать ее. А значит, рисунок в значительной мере несет на себе отпечаток личности человека, его настроения, состояния, чувств, переживаний, отношений и т.д. Практики нередко используют рисуночные тесты. Проективные графические методики можно использовать и в процессе психотерапии. Они способствуют самовыражению и самопониманию клиента. Еще Гегель писал: «Лучшее облегчение боли в том, чтобы ее выкричать, высказать ее целиком. Только в выражении она осознается, а то, что осознается, потом уходит».

Методика ориентирована на диагностику силы Эго человека, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Она позволяет также осуществить диагностику личностных резервов и особенностей защитных механизмов.

Инструкция в классическом варианте проста: на чистом листе бумаги формата А4, который вертикально ориентирован, испытуемому предлагается нарисовать человека, а потом, на другом таком же листе — человека под дождем. Сопоставление двух рисунков позволяет определить, как человек реагирует на стрессовые, неблагоприятные ситуации, что он чувствует при затруднениях.

В процессе тестирования важно наблюдать за ходом рисования и обращать внимание на все высказывания испытуемого. Для получения более достоверной информации необходимо провести дополнительное интервью с тестируемым.

При интерпретации рисунков рекомендуется руководствоваться следующими положениями. Когда рисунок готов, важно воспринять его целиком. Необходимо «войти» в рисунок и почувствовать, в каком настроении пребывает персонаж (радостном, ликующем, удрученном и т. д.), ощущает ли он себя беспомощным или, напротив, чувствует в себе внутренние ресурсы для борьбы с трудностями, а возможно, спокойно и адекватно воспринимает затруднения, считая их обычным жизненным явлением. Таким образом, важно отследить глобальное впечатление от рисунка. Это интуитивный процесс. Только после этого можно перейти к анализу всех специфических деталей с точки зрения логики, опираясь при этом на основные положения руководства по интерпретации.

Интерпретация

В рисунке «Человек под дождем» по сравнению с рисунком «Человек», как правило, обнаруживаются существенные отличия. Важно посмотреть, как изменилась экспозиция. Так, например, если человек изображен уходящим, то это может быть связано с наличием тенденции к уходу от трудных жизненных ситуаций, избеганию неприятностей (особенно если фигура человека изображается как бы наблюдаемой с высоты птичьего полета).

В случае смещения фигуры человека под дождем в верхнюю часть листа можно предположить склонность испытуемого к уходу от действительности, к потере опоры под ногами, а также наличие защитных механизмов по типу фантазирования, чрезмерного оптимизма, который часто не оправдан.

Положение фигуры в профиль или спиной указывает на стремление отрешиться от мира, к самозащите. Изображение, помещенное внизу

листа, может свидетельствовать о наличии депрессивных тенденций, чувстве незащищенности.

В остальном при интерпретации следует опираться на методику «Человек». Например, изображение, смещенное влево, возможно, связано с наличием импульсивности в поведении, ориентацией на прошлое, в ряде случаев с зависимостью от матери. Изображение, смещенное вправо, указывает на наличие ориентации на окружение и, возможно, зависимость от отца.

Трансформация фигуры

Увеличение размера фигуры иногда встречается у подростков, которых неприятности мобилизуют, делают более сильными и уверенными.

Уменьшение фигуры имеет место тогда, когда испытуемый нуждается в защите и покровительстве, стремится перенести ответственность за собственную жизнь на других. Ребята, которые рисуют маленькие фигурки, обычно стесняются проявлять свои чувства и имеют тенденцию к сдержанности и некоторой заторможенности при взаимодействии с людьми. Они подвержены депрессивным состояниям в результате стресса.

Изображение человека противоположного пола может указывать на определенный тип реагирования в сложной ситуации, «включение» поведенческих программ, заимствованных у конкретных людей из ближайшего окружения (мам, бабушек).

Изменение возраста указывает на самоощущение человека в ситуации жизненных неурядиц.

Если в рисунке «Человека под дождем» при изображении фигуры пропускаются какие-либо части тела (ноги, руки, уши, глаза), то это указывает на специфику защитных механизмов и особенности проявлений Эго-реакций.

Функция одежды — «формирование защиты от стихии». Обилие одежды указывает на потребность в дополнительной защите. Отсутствие одежды связано с игнорированием определенных стереотипов поведения, импульсивностью реагирования.

Атрибуты дождя

Дождь — помеха, нежелательное воздействие, побуждающее человека закрыться, спрятаться. Характер его изображения связан с тем, как человеком воспринимается трудная ситуация: редкие капли — как временная, преодолимая; тяжелые, окрашенные капли или линии — тяжелая, постоянная.

Необходимо определить, откуда дождь «приходит» (справа или слева от человека) и какая часть фигуры подвергается воздействию в большей степени. Интерпретация проводится в соответствии с приписываемыми значениями правой и левой стороны листа или фигуры человека.

Тучи являются символом ожидания неприятностей. Важно обращать внимание на количество облаков, туч, их плотность, размер, расположение. В депрессивном состоянии изображаются тяжелые грозовые тучи, занимающие все небо.

Лужи, грязь символически отражают последствия тревожной ситуации, те переживания, которые остаются после «дождя». Следует обратить внимание на манеру изображения луж (форму, глубину, брызги). Важно отметить, как расположены лужи относительно фигуры человека (находятся ли они перед или за фигурой, окружают человека со всех сторон или он сам стоит в луже).

Дополнительные детали

Все дополнительные детали (дома, деревья, скамейки, машины) или предметы, которые человек держит в руках (сумочка, цветы, книги), рассматриваются как отражение потребности в дополнительной внешней опоре, в поддержке, в стремлении уйти от решения проблем путем переключения и замещающей деятельности. Более полная расшифровка деталей основывается на символическом значении представленных образов. Например, молния может символизировать начало нового цикла в развитии и драматические изменения в жизни человека. Радуга, нередко возникающая после грозы, предвещает появление солнца, символизирует мечту о несбыточном стремлении к совершенству.

Зонт представляет собой символическое изображение психической защиты от неприятных внешних воздействий. С точки зрения трактовки образов зонт может рассматриваться как отображение связи с матерью и отцом, которые символически представлены в образе зонта: купол — материнское начало, а ручка — отцовское. Зонт может защищать или не защищать от непогоды, ограничивать поле зрения персонажа, а может и отсутствовать. Так, например, огромный зонт-гриб может свидетельствовать о сильной зависимости от матери, решающей все сложные ситуации за человека. Размер и расположение зонта по отношению к фигуре человека указывают на интенсивность действия механизмов психической защиты.

Искажение и пропуск деталей

Отсутствие существенных деталей может указывать на область конфликта и быть следствием вытеснения как защитного механизма психи-

ки. Так, например, отсутствие зонта в рисунке может свидетельствовать об отрицании поддержки со стороны родителей в трудной ситуации.

Цвет в рисунках

Рисунки можно выполнять простым карандашом. Тем не менее многие, предпочитают использование цветных карандашей. Следует помнить, что точная интерпретация цветового решения не может быть сделана, если у испытуемого нет всего набора цветных карандашей. Цвета могут символизировать определенные чувства, настроение и отношения человека. Они также могут отражать спектр различных реакций или областей конфликтов. Хорошо адаптированный и эмоционально не обделенный ребенок обычно использует от двух до пяти цветов. Семь-восемь цветов свидетельствуют о высокой лабильности. Использование одного цвета говорит о возможной боязни эмоционального возбуждения.

Заключительный этап

Этот этап в интерпретации рисунка связан с интеграцией информации, полученной на первом и втором этапах. Здесь анализируется весь полученный материал, соотносится с результатами стандартных тестов и с информацией о человеке.

9. Диагностика уровня притязаний В. К. Гербачевского

Опросник состоит из «36» высказываний. Испытуемому предлагалось прочитать по порядку каждое высказывание и решить, в какой степени он согласен с ним или не согласен:

- +3 — полностью согласен;
- +2 — согласен;
- +1 — скорее согласен, чем не согласен;
- 0 — не могу ни согласиться с высказыванием, ни отвергнуть его;
- - 1 — скорее не согласен, чем согласен;
- - 2 — не согласен;
- - 3 — совершенно не согласен.

При обработке данных предполагается преобразование ответов в баллы по правилу прямого, либо обратного перевода (табл. 1). Баллы подсчитываются по каждому из мотивов с помощью ключа (см. приложение 4). Номера тех высказываний, ответы на которые преобразуются в баллы по правилу прямого перевода, даны без индексов, а высказывания, преобразуемые по правилу обратного перевода, снабжены индексом «о». Далее подсчитывалось процентное соотношение по каждому из предложенных ниже мотивов, причем учитывался результат, имеющий в сумме от 18 до 21 балла.

«Правило прямого и обратного перевода ответов испытуемого в баллы»

Перевод	Шкала для ответов						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Прямой	1	2	3	4	5	6	7
Обратный	7	6	5	4	3	2	1

В. К. Гербачевский в своей методике оценки уровня притязаний выделяет следующие мотивы:

1) Познавательный мотив, характеризующий интерес испытуемого к результатам своей деятельности.

2) Состязательный мотив. Содержание этого мотива определяется тем, насколько испытуемый придает значение такой характеристике результата, как превышение уровня результатов других испытуемых.

3) Мотив достижения успеха выражается в стремлении испытуемого ставить перед собой все более и более трудные цели в однотипной деятельности.

4) Внутренний мотив выражает увлеченность заданием самим по себе, а так же те аспекты, которые придают выполнению задания привлекательность.

5) Мотив означения результатов показывает процесс личностной значимости результатов, т.е. на сколько важны испытуемому результаты выполняемой им деятельности.

6) Мотив сложности заданий отображает то, как испытуемый оценивает свои результаты (положительно/отрицательно).

7) Мотив инициативы показывает понимание испытуемым того, насколько постановка задач является инициативной и насколько директивной.

8) Мотив самооценки волевого усилия показывает оценку степени выраженности волевого усилия в ходе работы над заданием.

9) Мотив самомобилизации показывает, в какой степени испытуемый реализовывает свои реальные и потенциальные возможности. Иными словами отражает предвидимый и планируемый испытуемым ход последующих событий: намеченный уровень мобилизации усилий, необходимый для достижения результатов

10) Мотив самооценки личностного потенциала отражает, в какой степени испытуемый оценивает свои результаты от случая и от своих собственных возможностей.

11) Мотив личностного осмысления работы отражает понимание испытуемым того, с какой целью он выполняет задание, какую пользу оно может оказать в последующем.

12) Мотив позитивного личностного ожидания выражает, в какой степени испытуемый ожидает положительного результата от выполненной работы, как оценивает уровень уже достигнутых результатов и сравнивает со своими возможностями в определенном виде деятельности.

Тестовый материал

Вам будут предложены 36 утверждений, которые Вы должны оценить по семибальной шкале, от -3 до +3.

1. Исследование мне уже порядком надоело.	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Я работаю на пределе сил.	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Я хочу сделать все, на что я способен.	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Мне интересно, что получается при выполнении заданий.	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Задания в этой работе довольно сложные.	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Может быть, это исследование никому и не нужно, но раз я в нем участвую, то участвую.	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Я думаю, что мои результаты будут лучше, чем у других.	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Я ожидаю подтверждение успехов в моей работе.	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Думаю, что мои результаты будут скорее низкими, чем высокими	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Задания в этой работе пусть и сложные, но, в общем, доступные.	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Мне хотелось бы превзойти свой обычный уровень достижений.	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Я прикладываю достаточно стараний для выполнения заданий.	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Эта работа имеет для меня смысл, и мой результат в ней неслучаен.	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Я сам выбираю задания в этой работе.	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Я ощущаю прилив сил и энергии.	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. я стремлюсь выполнить все более и более трудные задания.	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. чем больше работаешь, тем больше становиться интересно.	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Чем труднее даются успехи в этой работе, тем более хочется их достичь.	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Для меня эти задания выполнить не трудно.	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Работа меня захватила.	-3	-2	-1	0	1	2	3

21. Я чувствую себя в полное независимым в выборе вариантов решения заданий.	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Вероятно, моя работа имеет для кого-то определенное значение.	-3	-2	-1	0	1	2	3
23. Я хочу узнать границы своих возможностей в этой ситуации.	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Не хотелось бы, чтобы мои результаты были низкими.	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Я добросовестно выполняю задания.	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Я чувствую, что меня вынуждают заниматься этой работой.	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. Работа такого рода большого интереса не вызывает.	-3	-2	-1	0	1	2	3

10. Методика определения уровня рефлексивности

(А. В. Карпов, В. В. Пономарёва)

Методика позволяет выявить общий уровень рефлексивности (высокий, средний, низкий) показатели, кроме того четыре дополнительные шкалы:

- 1) Ретроспективная рефлексия деятельности;
- 2) Рефлексия настоящей деятельности;
- 3) Рассмотрение будущей деятельности;
- 4) Рефлексия общения и взаимодействия с другими людьми.

В данной методике испытуемым предлагается ответить на несколько утверждений и поставить цифру, соответствующую варианту ответа. Варианты ответов содержат от 1 до 7 баллов.

Методика определения уровня рефлексивности состоит из 27 утверждений, из этих 27 утверждений 15 являются прямыми, остальные обратные утверждения. Полученные сырые баллы переводятся в баллы от 0 до 10.

Инструкция. Вам предстоит дать ответы на несколько утверждений методики. Не задумывайтесь подолгу над ответами. Помните, что правильных или неправильных ответов в данном случае быть не может. Первый пришедший в голову ответ и является верным. В бланке ответов напротив номера утверждения поставьте, пожалуйста, цифру, соответствующую варианту вашего ответа:

- 1- Абсолютно неверно;
- 2- Неверно;
- 3- Скорее неверно;
- 4- Не знаю;
- 5- Скорее верно;
- 6- Верно;
- 7- Совершенно верно.

Опросник

1. Прочитав хорошую книгу, я всегда потом долгое думаю о ней, хочется её с кем-нибудь обсудить.

2. Когда меня вдруг неожиданно о чём — то спросят, я могу ответить первое, что мне пришло в голову.

3. Прежде чем снять трубку телефона, чтобы позвонить по делу, я обычно мысленно планирую предстоящий разговор.

4. Совершив какой — то промах, я долго потом не могу отвлечься от мыслей о нём.

5. Когда я размышляю над чем — то или беседую с другим человеком, мне бывает интересно вдруг вспомнить, что послужило началом цепочки мыслей.

6. Приступая к трудному заданию, я стараюсь не думать о предстоящих трудностях.

7. Главное для меня — представить конечную цель своей деятельности, а детали имеют второстепенное значение.

8. Бывает, что я не могу понять, почему кто — либо не доволен мною.

9. Я часто ставлю себя на место другого человека.

10. Для меня важно в деталях представлять себе ход предстоящей работы.

11. Мне было бы трудно написать серьёзное письмо, если бы я заранее не составил плана.

12. Я предпочитаю действовать, а не размышлять над причинами своих неудач.

13. Я довольно легко принимаю решения относительно дорогой покупки.

14. Как правило, что — то задумав, я прокручиваю в голове свои замыслы, уточняя детали, рассматривая все варианты.

15. Я беспокоюсь о своём будущем.

16. Думаю, что во множестве ситуаций надо действовать быстро, руководствуясь первой пришедшей в голову мыслью.

17. Порой я принимаю необдуманные решения.

18. Закончив разговор, я, бывает продолжаю вести его мысленно, приводя всё новые и новые аргументы в защиту своей точки зрения.

19. Если происходит конфликт, то, размышляя над тем, кто в нём виноват, я в первую очередь начинаю с себя.

20. Прежде, чем принять решение, я всегда стараюсь всё тщательно обдумать и взвесить.

21. У меня бывают конфликты от того, что я порой не могу предугадать, какого поведения ожидают от меня окружающие.

22. Бывает, что, обдумывая разговор с другим человеком я как бы мысленно веду с ним разговор.

23. Я стараюсь не задумываться над тем, какие мысли и чувства вызывают в других людях мои слова и поступки.

24. Прежде чем сделать замечание другому человеку, я обязательно подумаю, в каких словах это лучше сделать, чтобы его не обидеть.

25. Решая трудную задачу, я думаю над ней даже тогда, когда занимаюсь другими делами.

26. Если я с кем — то ссорюсь, то в большинстве случаев не считаю себя виноватым.

27. Редко бывает так, что я жалею о сказанном.

11. Тестовая методика определения рефлексивности мышления (О. С. Анисимова)

Методика позволяет определить рефлексивность мышления и выявляет следующие критерии:

- 1) Уровень рефлексивности личности;
- 2) Уровень самокритичности личности;
- 3) Уровень коллективности.

Испытуемым предлагается ответить на ряд вопросов и зачеркнуть соответствующую цифру справа. В методике также содержатся варианты буквенных ответов. Варианты ответов в цифрах находятся в разбросе от 1–5 баллов. Для анализа данных методики нужно расставить баллы в зависимости от значимости варианта ответа.

Из общего количества претендентов выбирается тот, кто набрал максимальное количество баллов по трём разделённым критериям при фиксированном объёме набора или по суммарному подсчёту баллов.

Опросник теста

Инструкция. Прочитайте внимательно каждый из приведённых ниже вопросов и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, какой ответ вы выбираете (вариант буквенного ответа в вопросах 5,6 обведите в кружок).

5 — никогда; 4 — редко; 3 — по мере необходимости; 2 — часто; 1 — всегда.

1. Как часто вы возвращаетесь к анализу хода решения своей проблемы, если вы её уже решили?	1	2	3	4	5
2. как часто вы предпочитаете переходить от решения к анализу хода решения проблемы, если она очень сложна?	1	2	3	4	5
3. как часто вы ищите причину затруднения в способе мыслительной деятельности, анализируя ход решения проблемы.	1	2	3	4	5
4. как часто вы ищите причину затруднения в самом себе, анализируя ход решения возникшей проблемы?	1	2	3	4	5
5. как вы предпочитаете поступить, если вы терпите неудачу в анализе хода решения задачи?	а) отойти от задачи и заняться другой				
	б) упорно продолжать попытки решения				
	в) искать «тёмные места» и «прояснять» их для себя путём обращения к словарю, учебным пособиям и т. д.				
	г) вовлекать в анализ других людей				
	д) воздействовать на создание групповой направленности к поиску причин затруднений				
6. как вы относитесь к перспективе участия в совместном с другими людьми решении, если для вас очень важна поставленная задача?	а) не вхожу в совместный поиск				
	б) иногда вхожу в совместный поиск				
	в) по мере необходимости вхожу в совместный поиск				
	г) часто вхожу в совместный поиск				
	д) всегда вхожу в совместный поиск				
7. как часто вы стараетесь быть лидером в организации поиска причин и снятия затруднения, если в совместном поиске возникли затруднения?	1	2	3	4	5
8. как часто вы сохраняете активность в коллективной организации снятия затруднения, если в совместном поиске решения возникли трудности и вам кажется, что ваша активность недооценивается и даже игнорируется?	1	2	3	4	5

12. Методика определения уровня сформированности рефлексии (Е. Е. Рукавишников).

Методика позволяет определить уровень сформированности рефлексии по трём шкалам:

1. Низкий уровень развития рефлексии;
2. Средний уровень развития рефлексии;
3. Высокий уровень развития рефлексии.

Методика имеет структуру личностного опросника, состоит из 34 вопросов, на которые испытуемым требуется дать ответ «да» или «нет». За каждый ответ совпадающий с ключом, испытуемый получает один балл, в противоположном — 0 баллов. Полученные баллы суммируются.

Инструкция.

С целью более глубокого познания самого себя вам предлагается ответить на ряд вопросов. Отвечая на них, обозначайте в регистрационном бланке своё согласие знаком «+», а несогласие — знаком

1. Были ли у вас случаи, когда анализ вашего поступка примирял вас с вашими близкими?
2. Изменялись ли ваши духовные ценности после того, как вы, проанализировав свои недостатки, приходили к решению изменить их?
3. Часто ли вы прибегаете к анализу своего поведения в конфликтных ситуациях?
4. Часто ли бывает так, что ваше поведение в конфликтной ситуации зависит от эмоционального состояния?
5. Ставите ли вы себя в своём воображении на место какого — либо незнакомого вам неудачливого человека?
6. Анализируете ли вы причины своих неудач?
7. Долго ли вы вспоминаете встречу с неудачливым человеком?
8. Пытаетесь ли вы анализировать своё поведение, если у вас долго время не возникало проблемных ситуаций?
9. Как вы считаете, это связано с личностной потребностью разобратся в себе?
10. Вы анализируете своё поведение, чтобы сравнивать себя с другими?
11. Были ли у вас случаи, когда анализ ситуации приводил к изменению решения, принятых вами ранее, изменению вашей точки зрения или переоценке себя?
12. Часто ли вы осознаёте причины собственных поступков?
13. Часто ли вы анализируете поведение окружающих вас людей. Избегая анализировать своё?
14. Пытаетесь ли вы выявить для себя причины своего поведения?

15. Считаете ли вы однозначным и беспрекословным для себя мнение человека, авторитетного в интересующей вас проблеме?
16. Пытаетесь ли вы анализировать мнения авторитетных людей?
17. Подвергаете ли вы критическому анализу позицию авторитетного человека, группы людей?
18. Противопоставляете ли вы мнению авторитетного человека свои хорошо обдуманнные аргументы «против»?
19. Совладает ли, как правило, ваша точка зрения на какую либо проблему с мнением авторитетного человека в этой области?
20. Пытаетесь ли вы найти причину каких — либо неразрешимых жизненных противоречий, относящихся к вам?
21. Бывает ли так, что человеческие ценности, принятые в обществе вы подвергаете критическому анализу?
22. Часто ли общественное мнение способно диктовать вам определённый образ мыслей?
23. Считаете ли вы, что умение анализировать вами своё поведение всегда приводит к принятию единственно правильного решения?
24. Пытаетесь ли вы анализировать своё или чужое поведение, если понимаете, что это может привести к возникновению отрицательных эмоций, неприятных для вас?
25. Задумываетесь ли вы о поведении посторонних вам людей, сравнивая их с собой?
26. Пробуете ли вы занять позицию постороннего вам человека в конфликтной ситуации, пытаясь сопоставить её с собственной?
27. Вели ли вы когда — нибудь дневники, куда записывали свои мысли, переживания?
28. Анализируя свои неудачи склоняетесь ли вы к оценке своего поведения?
29. Часто ли, анализируя свои неудачи, вы в большей степени приходите к выводу, что виноват беспорядок в социальной жизни?
30. Присуща ли анализу вашего поведения в большей степени эмоциональная оценка?
31. Присутствует ли в анализе собственного поведения в большей степени чёткая словесная логика?
32. Часто ли общество способно навязывать вам определённую манеру поведения?
33. Считаете ли вы обязательным для себя придерживаться всех рекомендаций моды, определённого стиля одежды?
34. Часто ли бывает так, что, проанализировав своё поведение, вы меняете свой стиль общения с людьми?

13. Опросник Плучека — Келермана — Конте

Методика предназначена для изучения возможных психологических защит. Восемь эго-защитных процессов формируют восемь отдельных шкал, численные значения которых выводятся из числа положительных ответов на определенные указанные ниже утверждения, разделенных на число утверждений в каждой шкале. Напряженность психологических защит подсчитывается по формуле (число «+»/n — число утверждений) x 100%

№ п/п	Названия шкал	Номера утверждений	n
1	Вытеснение	6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92	10
2	Регрессия	2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84	17
3	Замещение	8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89	10
4	Отрицание	1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90	11
5	Проекция	12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 79, 82, 88	12
6	Компенсация	3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85	10
7	Гиперкомпенсация	17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86	10
8	Рационализация	4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91	

Инструкция.

Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения, описывающие чувства, поведение и реакции людей в определенных жизненных ситуациях, и если они имеют к Вам отношение, то отметьте соответствующие номера знаком «+»

1. Со мной ладить очень легко
2. Я сплю больше, чем большинство людей, которых я знаю
3. В моей жизни всегда был человек, на которого мне хотелось быть похожим
4. Если меня лечат, то я стараюсь узнать, какова цель каждого действия
5. Если я чего-то хочу, то не могу дождаться момента, когда мое желание сбудется
6. Я легко краснею
7. Одно из самых больших моих достоинств — это умение владеть собой
8. Иногда у меня появляется настойчивое желание пробить стену кулаком
9. Я легко выхожу из себя
10. Если меня в толпе кто-нибудь толкнет, то я готов его убить
11. Я редко запоминаю свои сны
12. Меня раздражают люди, которые командуют другими

13. часто бываю не в своей тарелке
14. Я считаю себя исключительно справедливым человеком
15. Чем больше я приобретаю вещей, тем становлюсь счастливее
16. В своих мечтах я всегда в центре внимания окружающих
17. Меня расстраивает даже мысль о том, что мои домочадцы могут разгуливать дома без одежды
18. Мне говорят, что я хвостун
19. Если кто-то меня отвергает, то у меня может появиться мысль о самоубийстве
20. Почти все мною восхищаются
21. Бывает так, что я в гневе что-нибудь ломаю или бью
22. Меня очень раздражают люди, которые сплетничают
23. Я всегда обращаю внимание на лучшую сторону жизни
24. Я прикладываю много стараний и усилий, чтобы изменить свою внешность
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба уничтожила мир
26. Я человек, у которого нет предрассудков
27. Мне говорят, что я бываю излишне импульсивным
28. Меня раздражают люди, которые манерничают перед другими
29. Очень не люблю недоброжелательных людей
30. Я всегда стараюсь случайно кого-нибудь не обидеть
31. Я из тех, кто редко плачет
32. Пожалуй, я много курю
33. Мне очень трудно расставаться с тем, что мне принадлежит
34. Я плохо помню лица J
35. Я иногда занимаюсь онанизмом
36. Я с трудом запоминаю новые фамилии
37. Если мне кто-нибудь мешает, то я его не ставлю в известность, а жалуюсь на него другому
38. Даже если я знаю, что я прав, я готов слушать мнения других людей
39. Люди мне никогда не надоедают
40. Я могу с трудом усидеть на месте даже незначительное время
41. Я мало, что могу вспомнить из своего детства
42. Я длительное время не замечаю отрицательные черты других людей
43. Я считаю, что не стоит напрасно злиться, а лучше спокойно все обдумать
44. Другие считают меня излишне доверчивым
45. Люди, скандалом добивающиеся своих целей, вызывают у меня неприятные чувства

46. Плохое я стараюсь выбросить из головы
47. Я не теряю никогда оптимизма
48. Уезжая путешествовать, я стараюсь все спланировать до мелочей
49. Иногда я знаю, что сержусь на другого сверх меры
50. Когда дела идут не так, как мне нужно, я становлюсь мрачным
51. Когда я спорю, то мне доставляет удовольствие указывать другому на ошибки в его рассуждениях
52. Я легко принимаю брошенный другим вызов
53. Меня выводят из равновесия непристойные фильмы
54. Я огорчаюсь, когда на меня никто не обращает внимания
55. Другие считают, что я равнодушный человек
56. Что-нибудь решив, я часто, тем не менее, в решении сомневаюсь
57. Если кто-то усомнится в моих способностях, то я из духа противоречия буду показывать свои возможности
58. Когда я веду машину, то у меня часто возникает желание разбить чужой автомобиль
59. Многие люди меня выводят из себя своим эгоизмом
60. Уезжая отдохнуть, я часто беру с собой какую-нибудь работу.
61. От некоторых пищевых продуктов меня тошнит
62. Я грызу ногти
63. Другие говорят, что я избегаю проблем
64. Я люблю выпить
65. Непристойные шутки приводят меня в замешательство
66. Я иногда вижу сны с неприятными событиями и вещами
67. Я не люблю карьеристов
68. Я много говорю неправды
69. Порнография вызывает у меня отвращение
70. Неприятности в моей жизни часто бывают из-за моего скверного характера
71. Больше всего не люблю лицемерных неискренних людей
72. Когда я разочаровываюсь, то часто впадаю в уныние
73. Известия о трагических событиях не вызывают у меня волнения
74. Прикасаясь к чему-либо липкому и скользкому, я испытываю омерзение
75. Когда у меня хорошее настроение, то я могу вести себя как ребенок
76. Я думаю, что часто спорю с людьми напрасно по пустякам
77. Покойники меня не «трогают»
78. Я не люблю тех, кто всегда старается быть в центре внимания
79. Многие люди вызывают у меня раздражение

80. Мыться не в своей ванне для меня большая пытка.
81. Я с трудом произношу непристойные слова
82. Я раздражаюсь, если нельзя доверять другим
83. Я хочу, чтобы меня считали сексуально привлекательным
84. У меня такое впечатление, что я никогда не заканчиваю начатое дело
85. Я всегда стараюсь хорошо одеваться, чтобы выглядеть более привлекательным
86. Мои моральные правила лучше, чем у большинства моих знакомых
87. В споре я лучше владею логикой, чем мои собеседники
88. Люди, лишённые морали, меня отталкивают
89. Я прихожу в ярость, если кто-то меня заденет
90. Я часто влюбляюсь
91. Другие считают, что я излишне объективен
92. Я остаюсь спокойным, когда вижу окровавленного человека

14. Морфологический тест жизненных ценностей

МТЖЦ позволяет определить мотивационно-ценностную структуру личности. Основным диагностическим конструктом являются терминальные ценности, как отношение субъекта к явлению, жизненному факту, объекту и субъекту, и признание его как важного, имеющего жизненную важность.

Перечень жизненных ценностей включает: развитие себя, духовное удовлетворение, креативность, активные социальные контакты, собственный престиж, достижения, высокое материальное положение и сохранение собственной индивидуальности. А поскольку человек реализует свои ценности в разных сферах деятельности, в структуру опросника включены сферы профессиональной жизни, образования, семейной жизни, общественной активности, увлечений и физической активности. Кроме этого, в конструкцию методики входит шкала достоверности, степени желанности у человека социального одобрения его поступков, разработанная на основе опросника американских психологов Д. Л. Крауна и Д. А. Марлоу.

В процессе разработки методика была проверена на надёжность и валидность. Валидизация теста проводилась на группах испытуемых, различающихся по полу и сфере деятельности. Показатели нормы разработаны для мужчин и женщин разных возрастных групп (14–16, 17–24 и 25–60 лет).

МТЖЦ состоит из 112 утверждений (приложение 1), каждое из которых испытуемому необходимо оценивать по 5-бальной системе. Перед началом тестирования испытуемому дается следующая инструкция:

«Вам предлагается опросник в котором описаны различные желания и стремления человека. Прошу Вас оценить каждое утверждение по 5-бальной шкале следующим образом:

- если для Вас смысл утверждения не имеет никакого значения, то в соответствующей клетке бланка поставьте цифру 1;
- если имеет небольшое значение — цифру 2;
- если утверждение имеет определенное значение — поставьте цифру 3;
- если для Вас это важно — цифру 4;
- если очень важно — 5.

Помните, что здесь не может быть правильных и неправильных ответов и что самым правильным будет правдивый ответ. Старайтесь не использовать для оценки утверждения цифру 3».

Далее баллы суммируются в соответствии с ключом, полученные сырые баллы переводятся в стандартные.

Данная методика включена в диагностический пакет, так как она позволяет изучить индивидуальную систему ценностей человека, понять какими ценностями он руководствуется в той или иной деятельности, а также проследить направленность испытуемого на духовно-нравственные или эгоистически-престижные (прагматические) ценности, что представляет особый интерес, поскольку испытуемые выздоравливают по духовно-ориентированной программе.

Тест опросника

Просим оценить Ваши желания и стремления, побуждающие Вас к определённым действиям, по 5-тибальной шкале, проговаривая фразу: « Для меня сейчас (ваша оценка)»

- если утверждение не имеет никакого значения, поставьте в бланке цифру «1»;
- если утверждение имеет небольшое значение, поставьте цифру «2»;
- если утверждение имеет определенное значение, поставьте цифру «3»;
- если утверждение важно, поставьте цифру «4»;
- если утверждение очень важно, поставьте цифру «5»

№	Утверждение	Балл
1	Постоянно повышать свою профессиональную квалификацию.	
2	Учиться, чтобы узнавать что-то новое в изучаемой области знаний.	
3	Чтобы облик моего жилища постоянно изменялся.	
4	Общаться с разными людьми, активно участвуя в общественной деятельности.	

5	Чтобы люди, с которыми я провожу свободное время, увлекались тем же, чем и я.	
6	Чтобы участие в спортивных состязаниях помогало мне в установлении личных рекордов.	
7	Испытывать антипатии к другим.	
8	Иметь интересную работу, полностью поглощающую меня.	
9	Создавать что-то новое в изучаемой мною области знаний.	
10	Быть лидером в моей семье.	
11	Не отставать от времени, интересоваться общественно-политической жизнью.	
12	В своём увлечении быстро достигать намеченных целей.	
13	Чтобы физическая подготовленность позволяла надёжно выполнять работу, дающую хороший заработок.	
14	Позлословить, когда у людей неприятности.	
15	Учиться, чтобы «не зарывать свой талант в землю».	
16	Вместе с семьёй посещать концерты, театры, выставки.	
17	Применять свои собственные методы в общественной деятельности.	
18	Состоять членом какого-либо клуба по интересам.	
19	Чтобы окружающие замечали мою спортивную подтянутость.	
20	Не испытывать чувства досады, когда высказывают мнение, противоположное моему.	
21	Изобретать, совершенствовать, придумывать новое в своей профессии.	
22	Чтобы уровень моей образованности позволял чувствовать себя уверенно в общении с самыми разными людьми.	
23	Вести такой образ семейной жизни, который ценится обществом.	
24	Добиваться конкретных целей, занимаясь общественной деятельностью.	
25	Чтобы моё увлечение помогало укрепить моё материальное положение.	
26	Чтобы физическая подготовленность делала меня независимым в любых ситуациях.	
27	Чтобы семейная жизнь исправила некоторые недостатки моей натуры.	
28	Находить внутреннее удовлетворение в активной общественной жизни.	
29	В свободное время создавать нечто новое, ранее не существовавшее.	
30	Чтобы моя физическая форма позволяла мне уверенно общаться в любой компании.	
31	Не испытывать колебаний, когда кому-то нужно помочь в беде.	
32	Иметь приятельские отношения с коллегами по работе.	
33	Учиться, чтобы не отстать от людей моего круга.	
34	Чтобы мои дети опережали в своём развитии сверстников.	
35	Получать материальное вознаграждение за общественную деятельность.	
36	Чтобы моё увлечение подчёркивало мою индивидуальность.	
37	Развивать свои организаторские способности, занимаясь общественной деятельностью.	

38	Полностью сосредоточиться на своём увлечении, проводя свободное время на хобби.	
39	Придумывать новые упражнения для физической разминки.	
40	Перед длительной поездкой всегда продумывать, что взять с собой.	
41	Какое впечатление моя работа оказывает на других людей.	
42	Получить высшее образование или поступить в аспирантуру, получить ученую степень.	
43	Чтобы моя семья обладала очень высоким уровнем материального благосостояния.	
44	Твёрдо отстаивать определённую точку зрения в общественно-политических вопросах.	
45	Знать свои способности в сфере хобби.	
46	Получать удовольствие даже от тяжелой физической нагрузки.	
47	Внимательно слушать собеседника, кем бы он ни был.	
48	В работе быстро достигать намеченных целей.	
49	Чтобы уровень образования помог бы мне укрепить моё материальное положение.	
50	Сохранять полную свободу и независимость от членов моей семьи.	
51	Чтобы активная физическая деятельность позволяла изменять мой характер.	
52	Не думать, когда у людей неприятности, что они получили по заслугам.	
53	Чтобы на работе была возможность получения дополнительных материальных благ (премии, путевки, выгодные командировки и т. д.)	
54	Учиться, чтобы не затеряться в толпе.	
55	Бросать что-то делать, когда не уверен в своих силах.	
56	Чтобы моя профессия подчеркивала индивидуальность.	
57	Заниматься изучением новых веяний в моей профессиональной деятельности.	
58	Учиться, получая при этом удовольствие.	
59	Постоянно интересоваться новыми методами обучения и воспитания детей в семье.	
60	Участвуя в общественной жизни, взаимодействовать с опытными людьми.	
61	Завоевать уважение у людей благодаря своему увлечению.	
62	Всегда достигать намеченных спортивных разрядов и званий.	
63	Не бросать что-то делать, если нет уверенности в своих силах.	
64	Получать удовольствие не от результатов работы, а от самого процесса.	
65	Повышать уровень своего образования, чтобы внести вклад в изучаемую дисциплину.	
66	Чтобы для меня не имело значения, что лидер в семье — кто-то другой.	
67	Чтобы мои общественно-политические взгляды совпадали с мнением авторитетных для меня людей.	

68	Занимаясь на досуге любимым делом, детально продумывать свои действия.	
69	Участвуя в различных соревнованиях, завоевать какой-либо приз, вознаграждение.	
70	Не говорить с умыслом неприятных вещей.	
71	Знать, какого уровня образования можно достичь с моими способностями, чтобы их совершенствовать.	
72	В супружестве быть всегда абсолютно надёжным.	
73	Чтобы жизнь моего окружения постоянно изменялась.	
74	Увлекаться чем-то в свободное время, общаясь с людьми, увлекающимися тем же.	
75	Участвовать в спортивных соревнованиях, чтобы продемонстрировать своё превосходство.	
76	Не испытывать внутреннего протеста, когда меня просят оказать услугу.	
77	Чтобы приёмы моей работы изменялись.	
78	Повышать уровень своего образования, чтобы быть вхожим в круг умных и интересных людей.	
79	Иметь супруга (супругу) из семьи высокого социального положения.	
80	Достигать поставленной цели в своей общественной деятельности.	
81	В своём увлечении создавать необходимые в жизни вещи (одежду, мебель, технику и т. п.).	
82	Чтобы физическая подготовка, давая свободу в движениях, создавала и ощущение личной свободы.	
83	Научиться понимать характер моей супруги (супруга), чтобы избежать семейных конфликтов.	
84	Быть полезным для общества.	
85	Вносить различные усовершенствования в сферу моего хобби.	
86	Чтобы среди членов моей спортивной секции (клуба, команды) было много друзей.	
87	Внимательно следить за тем, как я одет.	
88	Чтобы во время работы постоянно была возможность общаться с сослуживцами.	
89	Чтобы уровень моего образования соответствовал уровню образования человека, мнение которого я ценю.	
90	Тщательно планировать свою семейную жизнь.	
91	Занимать такое место в обществе, которое укрепляло бы моё материальное положение.	
92	Чтобы мои взгляды на жизнь проявлялись в моём увлечении.	
93	Заниматься общественной деятельностью, учиться убеждать людей в своей точке зрения.	
94	Чтобы увлечение занимало большую часть моего свободного времени.	
95	Чтобы моя выдумка проявлялась даже в утренней зарядке.	
96	Всегда охотно признавать свои ошибки.	

97	Чтобы моя работа была на уровне и даже лучше, чем у других.	
98	Чтобы уровень моего образования помог бы мне занять желаемую должность.	
99	Чтобы супруг (супруга) получал высокую зарплату.	
100	Иметь собственные политические убеждения.	
101	Чтобы круг моих увлечений постоянно расширялся.	
102	Иметь, прежде всего, моральное удовлетворение от достигнутых успехов в спорте.	
103	Не придумывать вескую причину, чтобы оправдаться.	
104	Перед началом работы чётко её распланировать.	
105	Чтобы моё образование давало возможность получения дополнительных материальных благ (гонорары, льготы).	
106	В семейной жизни опираться лишь на собственные взгляды, даже если они противоречат общественному мнению.	
107	Тратить много времени на чтение литературы, просмотр передач и фильмов о спорте.	
108	Не завидовать удаче других.	
109	Иметь высокооплачиваемую работу.	
110	Выбирать редкую, уникальную специальность для обучения, чтобы лучше проявить свою индивидуальность.	
111	Вести себя за столом дома так же, как и на людях.	
112	Чтобы моя работа не противоречила моим жизненным принципам.	

15. Техника репертуарных решеток Дж. Келли.

В общем виде репертуарная решетка представляет собой матрицу, строки которой — объекты, столбцы — конструкторы. Под конструктором понимается некая субъективная биполярная шкала, особое субъективное средство, сконструированное самим человеком, с помощью которого он выделяет, оценивает и прогнозирует события, организует свое поведение, «понимает» других людей, реконструирует систему взаимоотношений и строит образ «Я».

Объекты и конструкторы могут выделяться с каждым испытуемым индивидуально, а могут задаваться экспериментатором, тогда появляется возможность сравнения испытуемых между собой и описания группы в целом.

Полученную матрицу испытуемый заполняет, оценивая объекты по каждому из конструкторов, исходя из заданной экспериментатором размерности шкалы.

Далее индивидуальные данные нормируются по столбцам (конструкторам), а затем строится матрица сходства. Матрица сходства — это таблица, состоящая из количественных показателей степени субъективного

сходства каждого объекта со всеми другими. Чем больше сходства, тем ближе объекты.

Исходя из целей данного исследования, нами были выделены в качестве объектов такие ценности духовной программы, как честность, здоровье, семья, труд, ответственность, духовный рост, свобода, а также деньги. В качестве конструкторов использовались следующие биполярные шкалы:

1. Важность (совсем незначима — очень важна).

2. Реализованность (совсем не реализована — полностью реализована). Данные шкалы призваны показать место ценности в структуре ценностно-смысловой сферы, ее представленность, актуальность, степень реализованности.

3. Важна только для меня — полезна только для общества. По этой шкале можно оценить альтруистическую направленность испытуемого. При сравнении с первыми двумя шкалами можно оценить важность для человека общественного благополучия.

4. Эмоциональное отношение (отрицательное — положительное). Поскольку из-за биохимических нарушений в ЦНС у наркозависимых снижен эмоциональный фон, особую значимость приобретают ценности, обладающие эмоциогенным, жизнеутверждающим потенциалом. Шкала позволяет выделить такие ценности.

5. Ситуативность (учитывается в исключительных ситуациях — всегда учитывается). Позволяет оценить значимость ценности, ее универсальность при выборе того или иного типа поведения.

6. Средство — цель. Данная шкала выделена на основе концепции М. Роккича об терминальных и инструментальных ценностях. Она позволяет проследить, насколько та или иная ценность является жизненной целью, важной сейчас и в будущем, определяющей смысл жизни человека, или средством, стандартом при выборе определенного типа поведения или действий.

7. Сложность реализации (легко — сложно). Исходя из воззрений А. Н. Леонтьева, для человека ценно то, к чему он прилагает усилия. Поэтому данная шкала показывает значимость ценности со стороны прилагаемых к ее реализации усилий.

8. Можно заработать — нужно сохранить. Показывает, какие ценности человек считает данными ему изначально, а какие собственным «приобретением», насколько важны те и другие для него и как он оценивает свои возможности роста и развития своей ценностно-смысловой сферы.

Как видно, и объекты, и конструкторы были сформулированы экспериментатором, это позволило сравнивать индивидуальные данные методами описательной статистики.

Инструкция

Перед Вами таблица, которую нужно заполнить. Оцените, пожалуйста, объекты по каждой из шкал от 1 до 7 баллов. При этом оценка в 4 балла будет означать, что объект расположен в центре шкалы.

Объекты	Шкалы							
	Важность (совсем незначима (1) — очень важна (7))	Реализованность (совсем не реализована (1) — полностью реализована (7))	Важна только для меня (1) — полезна только для общества (7)	Эмоциональное отношение (отрицательное (1) — положительное (7))	Ситуативность (учитывается в определённых ситуациях (1) — всегда учитывается (7))	Средство (1) — цель (7)	Сложность реализации (легко (1) — сложно (7))	Можно заработать (1) — нужно сохранить (7)
Деньги								
Здоровье								
Честность								
Семья								
Труд								
Ответственность								
Духовный рост								
Свобода								

17. Опросник Басса-Дарки

Опросник BDHI был разработан американскими психологами А. Басом и А. Дарки (A. Buss, A. Durkee, 1957). Конструируя опросник, Басе вначале провел разграничения между враждебностью и агрессией. Враждебность была определена им как реакция отношения, скрытно-вербальная реакция, которой сопутствуют негативные чувства и негативная оценка людей и событий. Агрессию он определил как ответ, содержащий стимулы, способные причинить вред другому существу. Дальнейшая дифференциация проводилась в направлении выделения подклассов внутри враждебности и агрессии. В результате Басе и Дарки выделили два вида враждебности (обида и подозрительность) и пять видов агрессии (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия).

1. Физическая агрессия — использование физической силы против другого лица.

2. Косвенная агрессия — понимается как агрессия, которая окольным путем направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки) или как агрессия, которая ни на кого не направлена (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топаний ногами и т. п.).

3. Раздражение — готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Негативизм — оппозиционная манера поведения, обычно направленная против авторитета или руководства. Это поведение может проявляться в формах от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. Обида — зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи гнева на весь мир за действительные или вымышленные (мнимые) страдания.

6. Подозрительность — недоверие и осторожность по отношению к людям, основанная на убеждении, что окружающие намерены причинить вред.

7. Вербальная агрессия — выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы),

8. Чувство вины — выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

При составлении опросника Басе и Дарки исходили из того, что вопрос может относиться только к одной форме агрессии. Особое внимание

уделялось такой формулировке вопросов, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние мотивации социального одобрения, а также ослабить защитные тенденции испытуемых, связанные с нежеланием показаться агрессивными. При формулировании вопросов все это достигалось (Бэрон, Ричардсон, 1997) за счет того, что: 1) предполагалось, что агрессивное поведение уже имеет место, и спрашивалось просто о форме его проявления; 2) в формулировках вопросов предлагалось оправдание для агрессии; 3) использовались охотно одобряемые идиомы (например, «если меня не попросят по-хорошему, я не выполню просьбы»).

Вопросник состоит из 75 утверждений, на которые испытуемый должен дать ответы «да» или «нет».

Текст опросника

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим.
2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю.
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь.
4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню просьбы.
5. Я не всегда получаю то, что мне положено.
6. Я знаю, что люди обычно говорят обо мне за моей спиной.
7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать.
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести.
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами.
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его.
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами.
14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружественно, чем я ожидал.
15. Я часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему.
18. Когда я раздражаюсь, иногда я хлопаю дверями.
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется окружающим.
20. Если кто-то воображает из себя начальника, то я всегда поступаю ему наперекор.
21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Я думаю, что многие люди не любят меня.

23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Люди, уваливающие от работы, должны испытывать чувство вины.
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку.
26. Я не способен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится.
30. Довольно многие люди завидуют мне.
31. Я требую, чтобы люди уважали мои права.
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их «щелкнули по носу».
34. От злости я иногда бываю мрачен.
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь.
36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю на него внимания.
37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть.
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.
39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям.
40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены.
41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.
42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь.
43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием.
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.
45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».
46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать все, что я о нем думаю.
47. Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.
48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь.
49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева.
50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться.
51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать.
52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.
53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ.
54. Неудачи огорчают меня.
55. Я дерусь не реже и не чаще, чем другие.

56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее.
57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку.
58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо.
59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю.
60. Когда я выхожу из себя, то начинаю говорить людям гадости.
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть.
62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее.
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу.
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.
65. У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить.
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает.
67. Я часто думаю, что жил неправильно.
68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки.
69. Я не раздражаюсь из-за мелочей.
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение.
72. В последнее время я стал занудой.
73. В споре я часто повышаю голос.
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям.
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

Ключи к тесту

1. Физическая агрессия: один балл за каждый «да» по вопросам: 1,25,33,48, 55,62,68 один балл за каждый «нет» по вопросам: 9, 17, 41
2. Косвенная агрессия: один балл за каждый «да» по вопросам: 2, 18, 34, 42, 56, 63 один балл за каждый «нет» по вопросам: 10, 26, 49
3. Раздражение: один балл за каждый «да» по вопросам: 3,19,27,43,50,57,64,72 один балл за каждый «нет» по вопросам: 11,35, 69
4. Негативизм: один балл за каждый «да» по вопросам: 4, 12, 20, 28 один балл за каждый «нет» по вопросам: 36
5. Обида: один балл за каждый «да» по вопросам: 5,13,21,29, 37,51,58. один балл за каждый «нет» по вопросам: 44
6. Подозрительность: один балл за каждый «да» по вопросам: 6,14,22,30,38,45,52,59 один балл за каждый «нет» по вопросам: 65, 70.

7. Вербальная агрессия: один балл за каждый «да» по вопросам: 7,15,23,31,46,53,60,71,73 один балл за каждый «нет» по вопросам: 39, 66, 74, 75

8. Чувство вины: один балл за каждый «да» по вопросам: 8,16,24,32,40,47,54,61,67.

Индекс враждебности включает в себя 5 и 6 шкалу, а индекс агрессивных реакций включает в себя шкалы 1,2, 3, 7.

17. Личностный опросник Бехтеревского института (Лоби)

Бехтеревского института личностный опросник (ЛОБИ) — методика, предназначенная для диагностики типов отношения к болезни и лечению у больных хроническими соматическими заболеваниями. Разработан сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург) при участии психологов и психиатров научных и лечебных учреждений СССР И. Г. Беспалько, Л. И. Васссрмана, И. Н. Гильяшевой, Н. Я. Иванова, Б. В. Иовлева, Э. Б. Карповой, Т. М. Мишиной, Т. Л. Федоровой под редакцией А. Е. Личко.

Опросник опубликован в 1983 г. В основу разработки ЛОБИ была взята типология, предложенная Личко А. Е. и Ивановым И. Я. в 1980 году, состоящая из 13 типов отношений.

Свойства личности — важный, но далеко не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Отношение к болезни и ко всему, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важнейшими факторами [Личко А. Е., Иванов И. Я., 1980]:

- 1) природой самого соматического заболевания;
- 2) типом личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера;
- 3) отношением к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в той микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему, к работе, родным и близким, к окружающим и т. п.

Различные виды реакций больных соматическими заболеваниями на свою болезнь неоднократно привлекали внимание психиатров. В последние годы интерес к этой проблеме возрос. В 1980 г. были опубликованы две классификации — «типов реакции личности на болезнь» [Приленский Ю. Ф. и соавт., 1980] и «типов отношения к болезни» [Личко А. Е., Иванов Н. 1980]. Диагностика типов отношений к болезни, необходимая для использования дифференцированных психотерапевтических и реабилитационных программ, может осуществляться тем же путем,

который обычно используется в клинической психиатрии, т.е. путем расспроса больного, наблюдения за его поведением, собирания сведений от родных и близких и т.п.

ЛОБИ состоит из 12 наборов фраз-утверждений, касающихся различных аспектов системы отношений обследуемого («отношение к лечению», «отношение к врачам и медперсоналу», «отношение к окружающим», «отношение к будущему» и т.д.). В каждом наборе содержится 10–16 пронумерованных утверждений. Во всех наборах предусмотрен «нулевой» вариант, т.е. допускается, что ни одно из приведенных утверждений обследуемому не подходит. Число выборов по каждому набору — не более трех, в том числе и нулевых вариантов. С помощью ЛОБИ диагностируются 13 типов отношений.

Опыт обследования больных с помощью ЛОБИ. Первые данные опубликованы в работе Л.И. Вассермана и соавт. (1981). Выявлена определенная коррекция между частотой некоторых типов и различными психосоматическими заболеваниями.

В таблице полужирным шрифтом набраны величины, достоверно более высокие, а курсивом — достоверно более низкие при данном заболевании в сравнении с остальными. Видно, что в группе больных злокачественными опухолями достоверно выше показатели тревожного и обсессивного типов и ниже — эйфорического типа. В группе больных инфарктом миокарда достоверно наиболее высок показатель эрголатического типа и самый низкий — обсессивного типа. Больные язвенной болезнью в среднем по всем показателям заняли промежуточное положение, кроме показателя апатического типа: при небольшой его величине он все же оказался достоверно выше, чем при других типах. В группе больных бронхиальной астмой максимальными оказались показатели неврастенического, эгоцентрического и паранойяльного типов и минимальным — апозопюзпческого типа. Группа больных из клиники ортопедической стоматологии обнаружила минимальные показатели тревожного и ипохондрического типов. Таким образом, природа заболевания, несомненно, является важным фактором, определяющим тип отношения к болезни. Однако данные приведенной таблицы указывают, что этот фактор - не единственный. Средние баллы в отношении сенситивного типа оказались весьма близкими во всех обследованных группах. Можно думать, что сенситивный тип отношения к болезни более всего зависит от свойств личности, в частности от сенситивной акцентуации характера. Как показывает таблица, средняя сумма баллов по всем типам, кроме гармоничного, в какой-то мерс

может служить мерой того, насколько болезнь отразилась на системе личностных отношений. Эта сумма наиболее высока у больных злокачественными опухолями и бронхиальной астмой. Первое можно объяснить объективной опасностью заболевания. Что же касается больных бронхиальной астмой, то обследованы были случаи относительно тяжелые, потребовавшие госпитализации. Достоверно ниже, чем у этих двух групп больных, средняя сумма оказалась у больных язвенной болезнью и особенно у больных в клинике стоматологической ортопедии. Больные инфарктом миокарда заняли промежуточное положение. Возраст испытуемых без ограничений.

Обработка

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскодирования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа: Г–гармоничного, Т–тревожного и т. д. Два и более символа за один выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по одному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла.

Раскодирование удобно осуществлять с помощью графика, где по абсциссе обозначены символы типов, а по ординате отложены крестиками баллы в пользу каждого из типов. Диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое чисто баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для данного типа. Минимальные диагностические числа для разных типов неодинаковы.

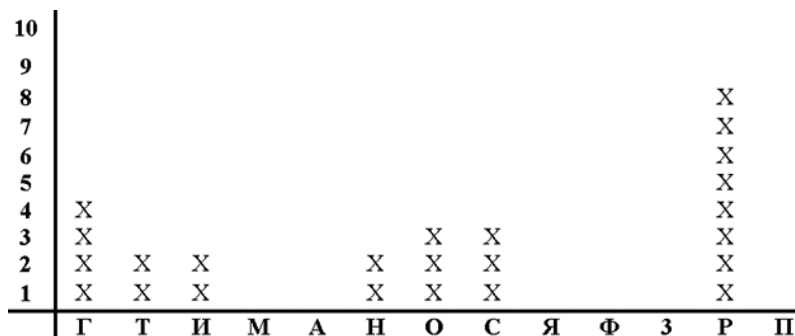
После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. Диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое чисто баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для данного типа Минимальные диагностические числа для разных типов неодинаковы:

Тип отношения	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Диагностическое число													

2. Если минимальное диагностическое чисто достигнуто или превышено в отношении нескольких типов, диагностируется 2–3 типа, где превышение наиболее велико Если же этого еще дать не удастся, то никакой тип не диагностируется

3. Гармоничный тип диагностируется только, если согласно правилам 1 и 2 не диагностируется никакой другой тип. В сочетаниях гармоничный тип не диагностируется



*Пример графика раскодирования
результатов обследования с помощью ЛОБИ*

На приведенном графике в пользу эргопатического типа (Р) набрано 8 баллов, т. е. минимальное диагностическое число превышено на 2 балла. В пользу сенситивного типа набрано 3 балла, т. е. минимальное диагностическое число только достигнуто. В отношении всех других типов (Т, О, И, Н) минимальное диагностическое число не достигнуто. Таким образом, диагностируется смешанный тип — эргопатический с чертами сенситивности.

Интерпретация

Диагностируемые типы отношений.

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе *quo ad vitam* сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

2. Тревожный (Т). Постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск “авторитетов”. В от-

личие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический (О). Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе

болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. 9. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

10. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

11. Анозогнозический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

12. Эргопатический (Р). «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь—результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим. Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться в один из описанных типов. Здесь речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-анозогно-зический, сенситивно-эргопатический и др.). Но система отношений может еще не сложиться в единый паттерн—тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован и черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.

Инструкция: «Вы можете сделать на каждую тему от 1 до 3 выборов

(не более!) и номера сделанных выборов обвести кружком. Если ни одно из определений не подходит, обводится символ О. Когда Вы не хотите отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Однако число нулей и незаполненных граф в сумме не должно превышать трех. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Но консультироваться с другими не разрешается»

Текст опросника

№ вы-бора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
	Самочувствие	
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	–
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Настроение	
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	–

9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	-
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Сон и пробуждение ото сна	
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	-
2	Утро для меня — самое тяжелое время суток	-
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	-
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают то-скливые сновидения	
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	-
9	Я не могу спокойно спать если утром надо встать в определенный час	-
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую потное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Аппетит и отношение к еде	
1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство под-держать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И

10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к болезни	
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
	Отношение к лечению	
1	Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	–
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	--
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	–
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	–
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению во всех них постепенно разочаровываюсь	–
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	

7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	-
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	-
13	Мне надоело бесконечное лечение хочу только чтобы меня оставили в покое	-
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР
	Отношение к врачам и медперсоналу	
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которою большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всею по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	-
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают меня не приятно	-
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	-
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к родным и близким	
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	-

2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	-
4	Меня одолевают мысли, что из за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	-
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	-
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	-
11	Я считаю, что заболел из за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к работе (учебе)	
1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (не-способным учиться)	А
2	Я боюсь, что из за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно без различной	-
4	Из за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	-
5	Все время беспокоюсь, что из за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	0
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) по меньше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	-

13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	-
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	-
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к окружающим	
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	-
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	--
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	-
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	33
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	--
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из за моей болезни	
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	-
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	-
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	-
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-
	Отношение к одиночеству	
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	-
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	

5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скупаю по людям	-
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	-
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	-
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
	Отношение к будущему	
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ
3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	-
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей	-
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	-

18. Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера

Опросник диагностирует локализацию контроля над значимыми событиями. В основе его лежит различие двух ло-кусов контроля — интернального и экстернального и, соответственно, двух типов людей — интерналов и экстерналов.

Интернальный тип. Человек считает, что происходящие с ним события зависят прежде всего от его личностных качеств (компетентности,

целеустремленности, уровня способностей и т. п.) и являются закономерными следствиями его собственной деятельности.

Экстернальный тип. Человек убежден, что его успехи и неудачи зависят прежде всего от внешних обстоятельств — условий окружающей среды, действий других людей, случайности, везения или невезения и т. д.

Любой индивид занимает определенную позицию на континууме, задаваемом этими полярными локусами контроля.

Обработка результатов

Обработка результатов теста включает несколько этапов. 1-й этап. Подсчет «сырых» (предварительных) баллов по шкалам.

Показатели (шкалы):

1. ИО — шкала общей интернальности;
2. ИД — шкала интернальности в области достижений;
3. ИН — шкала интернальности в области неудач;
4. ИС — шкала интернальности в семейных отношениях;
5. ИП — шкала интернальности в производственных отношениях;
6. ИМ — шкала интернальности в области межличностных отношений;
7. ИЗ — шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Подсчитайте сумму баллов по каждой из семи шкал, при этом вопросы, указанные в столбце «+», берутся с тем же знаком балла, а вопросы, указанные в столбце «—», изменяют знак балла на обратный.

В приведенной ниже таблице указаны номера утверждений, относящихся к соответствующим шкалам.

1. ио		2. ИД		3.	ИН	4.	ис	5.	ИП	6. им		7. ИЗ	
+	-	+	—	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
										4	6	13	3
										27	38	34	23
2	1	12	1	2	7	2	7	19]				
4	3	15	5	4	24	16	14	22	9				
11	5	27	6	20	33	20	26	25	10				
12	6	32	14	31	38	32	28	42	30				
13	7	36	26	42	40	37	41	36	26				
15	8	37	43	44	41			37	43				
16	9												
17	10												
19	14												
20	18												
22	21												
25	23												
27	24												

29	26													
31	28													
32	30													
34	33													
36	35													
37	38													
39	40													
42	41													
44	43													

2-й этап. Перевод «сырых» баллов в стены (стандартные оценки) производится в соответствии с приведенной ниже таблицей. Стены представлены в 10-балльной шкале и дают возможность сравнивать результаты различных исследований.

Минимальные и максимальные значения «сырых» показателей по i

и	1. ИО	2. ИД			3. ИН		4. ИС		5. ИП		6. ИМ		7. ИЗ	
1	-132	-13	-36	-10	-36	-7	-30	-11	-30	-4	-12	-6	-12	-3
2	-12	-2	-9	-6	-6	-3	-10	-7	13	0	-5	-4	-2	-1
3	-1	10	-5	-2	-2	1	-6	-4	1	4	-3	-2	0	1
4	11	22	-1	2	2	5	-3	0	5	8	-1	0	2	3
5	23	33	3	6	6	8	1	4	9	12	1	2	4	
6	34	45	7	10	9	12	5	7	13	16	3	5		5
7	46	57	11	15	13	16	8	11	17	20	6	7	6	7
8	58	69	16	19	17	20	12	14	21	24	8	9	8	9
9	70	80	20	23	21	24	15	18	25	28	10	11	10	11
10	81	132	24	36	25	36	19	30	29	30	12		12	

Проанализируйте количественно и качественно показатели УСК по семи шкалам, сравнивая результаты (полученный «профиль») с нормой. Нормальным считается значение стена, равное 5. Отклонение вправо (6 и более стенов) свидетельствует об интернальном типе уровня субъективного контроля в соответствующих ситуациях, отклонение влево (4 и менее стенов) свидетельствует об экстернальном типе.

Описание оцененных шкал

1. Шкала общей интернальности — ИО. Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют

свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале ИО соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей.

2. Шкала интернальности в области достижений — ИД. Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем. Низкие показатели по шкале ИД свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам — везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

3. Шкала интернальности в области неудач — ИН. Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низкие показатели ИН свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения.

4. Шкала интернальности в семейных отношениях — ИС. Высокие показатели означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни. Низкий ИС указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

5. Шкала интернальности в области производственных отношений — ИП. Высокий ИП свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т. д. Низкий ИП указывает на то, что человек склонен придавать большее значение внешним обстоятельствам — руководству, товарищам по работе, везению-невезению.

6. Шкала интернальности в области межличностных отношений — ИМ. Высокий показатель ИМ свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию.

Низкий ИМ, напротив, указывает на то, что человек не может активно формировать свой круг общения и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.

7. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни — ИЗ. Высокие показатели ИЗ свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким ИЗ считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Исследование самооценок людей с разными типами субъективного контроля показало, что люди с низким УСК характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суетливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных, раздражительных. Люди с высоким УСК считают себя добрыми, независимыми, решительными, справедливыми, способными, дружелюбными, честными, самостоятельными, невозмутимыми. Таким образом, УСК связан с ощущением человеком своей силы, достоинства, ответственности за происходящее, с самоуважением, социальной зрелостью и самостоятельностью личности.

Текст опросника

Инструкция: Вам будет предложено 44 утверждения, касающихся различных сторон жизни и отношения к ним. Оцените, пожалуйста, степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями по 6-балльной шкале: — 3–2–1 + 1 + 2 + 3, от полного несогласия (-3) до полного согласия (+3).

Другими словами, поставьте против каждого утверждения балл от единицы до тройки с соответствующим знаком «+» (согласие) или «—» (несогласие).

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.

2. Большинство разводов происходит оттого, что люди не захотели приспособиться друг к другу.

3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.

4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.

5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.

6. Бесплезно прилагать усилия для того, чтобы завоевать симпатии других людей.

7. Внешние обстоятельства, родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда руководитель полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе, в институте часто зависели от случайных обстоятельств (например, настроения преподавателя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Люди вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я не стараюсь планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и уровня подготовленности.
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своих делах.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся обстоятельствах.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.

28. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей по его воспитанию часто оказываются бесполезными.

29. То, что со мною случается, это дело моих собственных рук.

30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.

31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.

32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что хочу.

33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виновны другие люди, чем я сам.

34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.

35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы не разрешатся сами собой.

36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.

37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.

38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.

39. Я всегда предпочитаю принимать решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.

40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.

41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.

42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.

43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.

44. Большинство моих неудач произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

19. Опросник психодиагностики созависимости

Поставьте ту цифру напротив вопроса, которая соответствует Вашему мнению:

- 1) никогда со мной так не бывало;
- 2) редко со мной так бывало;
- 3) часто со мной так бывало;
- 4) всегда так бывает.

1. Стараетесь ли вы упорно решать свои проблемы в одиночку?
2. Считаете ли вы себя мучеником, у которого нет выбора?
3. Жертвуете ли вы собой в надежде на конечный результат?
4. Миритесь ли вы с неудобствами, разочарованием или болью, причиняемые вам наркоманом?
5. Считаете ли вы, что в ваших несчастьях виноваты другие люди и их поступки?
6. Испытываете ли вы при этом злость и горечь, вызывали ли вы чувство вины у другого человека?
7. Берете ли вы всю ответственность за происходящее с другими на себя?
8. Есть ли у вас чувство вины?
9. Заставляете ли вы себя все больше работать, чтобы лучше себя чувствовать?
10. Стараетесь ли вы быть хорошими для всех?
11. Отрицаете ли вы, что наркоман болен?
12. Даете ли вы деньги наркоману?
13. Обеспокоены ли вы влиянием наркотиков на общество в целом, на ущерб, наносимый ими в стране вообще, не признавая присутствие химической зависимости наркомана у себя дома?
14. Есть ли у вас желание самим попробовать наркотики, чтобы лучше понять наркомана?
15. Принимали ли вы наркотики вместе с ним?
16. Есть ли у вас чувство апатии, смирения со своей участью?
17. Пропало ли у вас чувство надежды и понимание смысла жизни?
18. Были ли у вас мысли о самоубийстве?
19. Часто ли вы думаете о смерти, считая ее реальным и приемлемым вариантом для вас?
20. Есть ли у вас патологическая тяга к азартным играм?
21. Превышаете ли вы предельно допустимую скорость автомобиля и чувствуете ли при этом азарт и удовольствие?
22. Участвуете ли вы в экстремальных видах спорта?
23. Отказываетесь ли вы при участии в экстремальных видах спорта от страховки?
24. Есть ли у вас вредные привычки, разрушающие ваше здоровье (пьянство, табакокурение, обжорство, прием лекарств в больших количествах, сексуальные излишества, необоснованные траты)?
25. Уступаете ли вы и соглашаетесь ли с наркоманом?
26. Испытываете ли вы чувство стыда в связи с наркотизацией близ-

кого вам человека, снизилась ли от этого ваша самооценка?

27. Движет ли вашими действиями страх?

28. Чувствуете ли вы себя жертвой, часто ли жалуетесь другим, считаете ли, что никто вас не понимает, и потому отказываетесь от помощи?

29. Являетесь ли вы неутомимым борцом за чистоту, называют ли вас чистюлей и аккуратистом?

30. Чувствуете ли вы всегда уверенность в своих силах, свою грандиозность, отрицая при этом такое понятие, как «смирение»?

31. Кидаетесь ли вы в ярости с кулаками на других, чтобы лучше себя почувствовать?

32. Гордитесь ли при этом своей силой?

33. Играете ли вы роль шута, остря и обращая все в шутку, чтобы защититься от близости и боли или чтобы манипулировать, контролировать других или обижать их?

34. Зависит ли ваше хорошее отношение к себе от хорошего отношения к вам наркомана?

35. Ждете ли вы его одобрения за свои действия?

36. Сосредоточены ли все ваши мысли и внимание на том, чтобы доставлять наркоману удовольствие, ублажать его, оберегать, решать его проблемы, облегчать его страдания?

37. Отложили ли вы в сторону свои увлечения и интересы, тратя все свое время на увлечения и интересы наркомана?

38. Обращаете ли вы внимание на свои чувства или постоянно переживаете о том, что чувствует наркоман?

39. Все ваши мечты о будущем связаны только с наркоманом?

40. Готовы ли вы отдать последнее, даже жизнь за наркомана?

41. Стали ли вы меньше общаться с людьми, чтобы больше общаться с наркоманом?

Сумма баллов:

42–64 — норма

65–89 — слегка смещено в сторону созависимости

90–170 — резко смещено, необходимо работать над созависимостью.

Приложение 14

Программа «Профилактика социально-негативных форм поведения среди воспитанников колоний»

Предоставленная программа по профилактике социально-негативных форм поведения среди воспитанников колоний» дает возможность:

- научиться использовать личностные ресурсы;
- укрепить чувство собственного достоинства, повысить самооценку;
- сформировать позитивную установку на отношение к окружающему миру;
- осознание ценности другого человека,
- развить положительную мотивацию общения с другими людьми,
- развить коммуникативные способности;
- научить ставить цели, принимать решения, анализировать свое поведение,
- сформировать навыки позитивного и здорового образа жизни

Программа состоит из 27 занятий в форме тренингов, спортивных и учебных занятий, в которых участвуют воспитанники колонии.

Содержание занятий.

Все занятия разбиты на (4) четыре блока.

В (1) первом блоке принимаются правила работы, формируется группа, формируются позитивные навыки общения друг с другом и ведущими группы. Планируется осуществление совместного выезда в театр.

Во (2) втором блоке планируется проведение спортивных турниров с участием команды воспитанников, администрации, общественной организации. Будут проведены спортивные мероприятия, вначале для развития интереса и активности, планируется проведение турниров воспитанники и волонтеры АНО РЦ «Перекресток семи дорог», затем планируется привлечение к спортивным мероприятиям 2-х команд воспитанников и администрации воспитательной колонии. С учетом прошлого года, будет проведен «Открытый Региональный чемпионат по футболу среди социально исключенных», это даст возможность в неформальной обстановке пообщаться воспитанникам АВК с ребятами, которые ведут здоровый образ жизни. Также в данном блоке планируется выезд. АНО РЦ «ПСД» совместно с персоналом АВК, родительским комитетом выедут на тренинг «Кругобайкальская дорога».

В (3) третьем блоке основные занятия будут проводиться в виде информационных блоков, тренингов, направленных на профилактику наркомании, алкоголизм, социально негативного поведения. Воспитан-

ники приобретут навыки: поиска, восприятия и оказания социальной поддержки, конструктивного выхода из конфликтной ситуации, узнают о болезни «Химическая зависимость» и её последствиях. В заключение третьего блока будет проведено культурно просветительское мероприятие с выездом в театр, картинную галерею.

Блок номер (4) четыре, предусматривает турнир по футболу и подведение итогов комплексной программы профилактики «Дорога в жизнь 2012», формирование мотивации воспитанников на последующую психокоррекционную работу. Результаты годовой работы по проекту, будут отражены на круглом столе, с привлечением специалистов, воспитанников, персонала АВК. В конце программы будет организован культурно массовый выезд ребят в музыкальный театр г. Иркутск.

Блок № 1:

Методология занятий № 1

Знакомство с группой, принятие общих правил

Цель: знакомство участников друг с другом и с психологическим тренингом как методом работы, формирование цели и мотивации к посещению дальнейших занятий

Материалы: карандаши, ручки, таблицы.

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре занятия различные упражнения и задания.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 2

«Мы команда»

Цель: повышение заинтересованности подростков в посещении занятий, сплочение группы, формирование чувства команды у пришедших на занятие подростков.

Материалы: маркеры, ватман, цветные карточки, скотч, трос.

Структура занятия: проводится в форме упражнений, заданий, групповой дискуссии. Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 3

«Наши сходства и различия»

Цель: обратить внимание целевой группы на положительные личностные качества, создать образ позитивной личности, запустить механизм саморефлексии в данном направлении.

Материалы: маркеры, ватман, цветные карточки, скотч

Структура занятия: проводится в форме упражнения, информационного блока, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 4

«Целеполагание: умение ставить жизненные цели»

Цель: обучить основам целеполагания, побудить к постановке жизненных целей

Материалы: карандаши, ручки, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме лекции, упражнения, тестов, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 5

«Свобода: понимание свободы и ответственности, культурно просветительская программа «ТЕАТР»»

Цель: развитие социальной наблюдательности, вербального взаимодействия.

Материалы: маркеры, ватман, цветные карточки, скотч

Структура занятия: проводится в форме упражнения, информационного блока, групповой дискуссии.

Время занятия 5 часов.

Методология занятия № 6

«Мое здоровье: понимание здорового образа жизни»

Цель: сформировать понятие «здоровый образ жизни»

Материалы: маркеры, ватман, цветные карточки, скотч

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре задания и групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Блок № 2:

Методология занятия № 7

«Турнир по мини-футболу, тестирование»

Цель: Знакомство участников друг с другом, дать воспитанникам колонию установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: футбольный мяч, сетка, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме ритуала «открытие спортивного чемпионата», проведения турнира по мини футболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 8

«Турнир по волейболу»

Цель: Сформировать эффективное коммуникативное сотрудничество с воспитанниками АВК, общественных организаций, администрации

колонии. Дать воспитанникам колонии установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: волейбольный мяч, сетка для игры, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме приветствие команд, проведения соревнований по волейболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 9

«Турнир по мини-футболу»

Цель: Знакомство участников друг с другом, дать воспитанникам колонии установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: футбольный мяч, сетка, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме ритуала «открытие спортивного чемпионата», проведения турнира по мини футболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 10

«Турнир по волейболу»

Цель: Сформировать эффективное коммуникативное сотрудничество с воспитанниками АВК, общественных организаций, администрации колонии. Дать воспитанникам колонии установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: волейбольный мяч, сетка для игры, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме приветствие команд, проведения соревнований по волейболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Блок № 3:

Методология занятия № 14

«Наркомания и алкоголизм болезнь замороженных чувств»

Цель: сформировать понимание химической зависимости как хроническую, рецидивирующую, смертельную болезнь.

Материалы: карандаши, ручки, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме лекции, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 15

Арт-терапия «Достраивание композиции»

Цель: интегрирование полученных навыков вербального и невербального взаимодействия с использованием арт — терапевтического метода.

Материалы: маркеры, ватман, цветная бумага, цветные карандаши, цветные журналы, акварельные краски, скотч.

Структура занятия: проводится в форме арт — терапевтического тренинга, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 11

Тренинг «Кругобайкальская дорога»

Цель: Дать воспитанникам колонии установку на формирования понятий здоровый досуг, здоровый образа жизни и повышение самооценки. В неформальной обстановке узнать о жизни администрации колонии, членов общественных организаций, стереть стереотипы начальник — подчиненный

Материалы: волейбольный мяч, сетка для игры, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме тренинга.

Время занятия 5 часов.

Методология занятия № 12

«Турнир по мини-футболу»

Цель: Знакомство участников друг с другом, дать воспитанникам колонии установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: футбольный мяч, сетка, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме ритуала «открытие спортивного чемпионата», проведения турнира по мини футболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 13

«Веселые старты»

Цель: Сформировать эффективное коммуникативное сотрудничество с воспитанниками АВК, общественных организаций, администрации колонии. Дать воспитанникам колонии установку на формирования здорового образа жизни и повышение самооценки. Материалы: футбольный мяч, сетка, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме приветствие команд, проведения спортивных мероприятий, ритуал «закрытие соревнований», кофе-брейк.

Время занятия 3 часа.

Блок № 4:

Методология занятия № 14

«Наркомания и алкоголизм болезнь замороженных чувств»

Цель: сформировать понимание химической зависимости как хроническую, рецидивирующую, смертельную болезнь.

Материалы: карандаши, ручки, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме лекции, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 15

Арт-терапия «Достраивание композиции»

Цель: интегрирование полученных навыков вербального и невербального взаимодействия с использованием арт — терапевтического метода.

Материалы: маркеры, ватман, цветная бумага, цветные карандаши, цветные журналы, акварельные краски, скотч.

Структура занятия: проводится в форме арт — терапевтического тренинга, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 16

«Успех: что, значит, быть успешным и как этого достичь»

Цель: сформулировать понятие «успех» и обсудить роль личности в его достижении.

Материалы: карандаши, ручки, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре занятия различные упражнения, задания и групповая дискуссия.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 17

«БИО-ПСИХО-СОЦИО-ДУХОВНАЯ модель болезней химической зависимости»

Цель: создать представление о болезни наркомания, как самопораженческая модель всех аспектов личности.

Материалы: карандаши, ручки, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме упражнения, информационного блока, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 18

Арт-терапия «Вавилонская башня»

Цель: развитие креативной идеи, интегрирование полученных навыков вербального и невербального взаимодействия с использованием арт-терапевтического метода.

Материалы: ватман, цветная бумага, цветные карандаши, акварельные краски, скотч.

Структура занятия: проводится в форме арт — терапевтического тренинга, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 19

Тренинг «ВИЧ-инфекция, мифы и реальность»

Цель: донести до подростков на понятном для них языке: Что такое ВИЧ- инфекция? Какие существуют пути передачи? Какие подстерегают их опасности? Совместно с аудиторией сформировать случаи рискованного поведения?

Материалы: карандаши, ручки, таблицы.

Структура занятия: проводится в форме информационного блока, групповой дискуссии техника «Вопрос-ответ».

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 20

«Конфликты»

Цель: проанализировать сущность конфликтов, причины их возникновения и пути решения.

Материалы: карандаши, ручки, таблицы, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре занятия упражнения, лекции и групповая дискуссия.

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 21

Тренинг навыков поиска, восприятия и оказания социальной поддержки.

Цель: ознакомить участников тренинга с поведенческими стратегиями поиска и оказания социальной поддержки.

Материалы: листы, ручки

Структура занятия: проводится в форме групповой дискуссии техника «Вопрос-ответ».

Время занятия 2 часа.

Методология занятия № 22

Арт — терапия «Мой герб »

Цель: Цель занятия: приобретения навыка принятия людей с их дефектами характера.

Материалы: пластилин, скотч, карандаши, бумага.

Структура занятия: проводится в форме арт — терапевтического тренинга, заданий, групповой дискуссии.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 23

Культурно просветительская программа «Театр»

Цель: Осуществление выезда в театр, для привлечения воспитанников к истории культуры России, формирования нравственных ценностей.

Материалы: карандаши, ручки, таблицы, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре задания и групповой дискуссии.

Время занятия 5 часов.

Блок № 5:

Методология занятия № 24

«Турнир по мини-футболу»

Цель: Знакомство участников друг с другом, дать воспитанникам колонии установку на формирование здорового образа жизни и повышение самооценки.

Материалы: футбольный мяч, сетка, призовой фонд.

Структура занятия: проводится в форме ритуала «открытие спортивного чемпионата», проведения турнира по мини футболу, награждения участников.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 25

«Портрет нашей группы и тестирование»

Цель: закрепление результатов, достигнутых в ходе тренинга

Материалы: маркеры, ватман, цветная бумага, цветные карандаши, цветные журналы, акварельные краски, скотч, бумага А (1), А (2).

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре занятия упражнения, арт — терапия (коллаж), групповая дискуссия.

Время занятия 3 часа.

Методология занятия № 26

«Подведение итогов, культурно просветительская программа «Театр»

Цель: получение участниками и ведущим обратной связи от группы по результатам работы на тренинге.

Материалы: карандаши, ручки, таблицы, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме тренинга, в структуре занятия упражнения, задание и групповая дискуссия.

Время занятия 4 часа.

Методология занятия № 27

«Круглый стол»

Цель: Итоговая работа программы «Дорога в жизнь 2010», обсуждение с администрацией и психологами АВК.

Материалы: карандаши, ручки, таблицы, бумага А (4).

Структура занятия: проводится в форме дискуссии.

Время занятия 2 часа.

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ № 11. Тираж 500 экз.
Распространяется бесплатно.