

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

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

Детский реабилитационный центр

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2012

Автор-составитель: Тулушева Е.С.

Авторы статей: Архипова М.В, Грабко П.В., Готлиб В.Я., Пономарева М.В., Складорова Е.А., Тимофеева Е.П., Тулушева Е.С., Фищенко Н.Г., Фридман Е.В.

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 5. Детский реабилитационный центр. – М: РБФ НАН, 2012. – 168с.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. Реабилитация	5
2. Особенности детской реабилитации	7
3. Структура учреждения	11
3.1. Амбулаторное отделение.	11
3.2. Стационарное отделение.....	12
4. Организация реабилитационного процесса для пациентов	14
5. Психологическая служба	18
5.1. Индивидуальная психологическая работа	18
5.1.1. Психологическая диагностика	18
5.1.2. Индивидуальные сессии с пациентом	52
5.1.3. Семейные психологические консультации	53
5.2. Групповая психологическая работа	59
5.2.2. Танцевально-двигательная терапия	67
5.2.3. Мультисемейные группы	74
5.2.4. Группа по зависимости	79
5.2.5. Кинотерапия	83
5.3. Балльная система.	89
6. Медицинская служба	91
6.1. Структура медицинской службы	91
6.2. Особенности работы нарколога в детском наркологическом отделении.	92
6.3.Проведение групповых занятий врачом-педиатром детского реабилитационного центра.	98
7. Консультанты в детском реабилитационном центре	102
8. Школа	123
9. Особенности работы заведующего детским реабилитационным отделением	124
Список литературы:	132
Приложение 1	133
Приложение 2	164

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитационный центр «КВАРТАЛ» для детей и подростков с аддиктивным поведением и социальными проблемами существует в Москве уже несколько лет. За это время мы накопили уникальный опыт работы с несовершеннолетними пациентами и их семьями. В этой книге мы хотели бы поделиться своими идеями о детской реабилитации, рассказать о трудностях и неожиданных успехах в нашей работе, поделиться своими впечатлениями и переживаниями. Можно долго писать во введении об актуальности проблемы употребления алкоголя и наркотиков детьми в России, анализировать современную статистику смертности и заболеваемости, акцентировать внимание на новизне наших исследований. Всё это безусловно очень ценно, но, тем не менее, нам хотелось, чтобы эта книга была живой, была про нас, наш центр, наших пациентов, наши достижения и провалы, наши ожидания и разочарования. Мы пишем ее в надежде, что на проблему детского аддиктивного поведения обратят внимание люди «сверху», что кто-то захочет организовать подобные центры и в других регионах РФ, что такие пациенты перестанут вызывать в обществе лишь раздражение и агрессию. Мы смогли написать здесь лишь малую часть того, что накопили за эти годы. Мы рады будем поделиться своим опытом с любыми заинтересованными читателями, будь то врачи-наркологи, детские психологи или родители подростков, употребляющих психоактивные вещества.

1. Реабилитация

На сегодняшний день понятие «реабилитация» трактуется очень вольно. Что же касается реабилитации пациентов, употребляющих алкоголь или наркотики, то определение их реабилитации, представленное в современных источниках информации, не являет собой единый структурированный тезис, а скорее, наоборот, напоминает набор разноцветных бессвязных и порой противоречащих друг другу лозунгов, с которыми выступают наркологические центры нашей страны. Мы перечислим лишь некоторые из них, наиболее близкие по содержанию к идеям нашего центра.

Реабилитация зависимых от ПАВ (психоактивных веществ) — это принятие мер для восстановления способности жить без ПАВ к людям, страдающим зависимостью.

По определению реабилитация наркоманов означает следующее (словарь Вебстера) — это восстановление какой-либо прошлой способности, состояния бытия или какого-либо другого более оптимального состояния наркомана.

Основная задача реабилитации — вернуть зависимому утраченные социальные и психологические функции, вернуть ответственность за себя и свою жизнь. Основная цель реабилитации — вернуть человека в прежнее состояние жизни, соответствующее норме, как с субъективной, так и с объективной точки зрения (человек сам осознает, что его состояние пришло в норму, окружающие видят изменения в нем, в его поведении и отношении к жизни).

Суть программы состоит в признании простого, но основополагающего факта, необходимого для начала подлинного выздоровления: в одиночку человек бессилён справиться с проблемой зависимости, и поэтому ему нужна помощь. Помощь нужна для того, чтобы выздоравливать, а это означает кардинально менять свою жизнь, так как страсть к чему-либо стала смыслом, целью, самой насущной ее потребностью и главным мотивом жизни.

Если говорить о психологической стороне, человек прибегает к наркотикам или алкоголю тогда, когда он пытается решить какую-то свою ПРОБЛЕМУ. Это становится его способом решения любых жизненных проблем.

В отличие от большинства наркологических клиник России мы не ставим себе цель «излечить пациентов от зависимости», поскольку считаем, что зависимость — болезнь неизлечимая, подразумевающая возмож-

ность для срыва вне зависимости от срока выздоровления (ремиссии). Кроме того, мы полагаем, что зависимость — болезнь семейная, не потому, что вызвана исключительно генетическими предрасположенностями, а потому, что формируется она в рамках семьи. Кроме того, мы полагаем, что путь выздоровления строится не за счет медицинского лечения пациента, а за счет использования комплекса психологических, медицинских и социальных мер по его реабилитации.

Роль нашего учреждения в выздоровлении пациента характеризуется тезисом «КВАРТАЛ — возможность изменить свою жизнь». Выбор всегда остается за пациентом. Мы не можем его вылечить, научить, заставить, мы можем только создать среду, раскрывающую возможности для изменения своей жизни, а в какую сторону сделает шаг пациент — зависит только от него. Реабилитация невозможна без желания самого пациента, какие бы силы и средства не вкладывались в этот процесс. Мы не будем давать определение реабилитации, обосновывать его точность. Мы бы хотели лишь подчеркнуть неотъемлемые составляющие реабилитации, такие как желание пациента выздоравливать (а не выздороветь), комплексный подход в работе с пациентом, длительные сроки реабилитационного процесса, профессионализм специалистов центра, создание соответствующей среды для пациента в рамках центра. Подробнее об особенностях этих составляющих реабилитационного процесса мы и расскажем на страницах этой книги.

2. Особенности детской реабилитации

Как уже упоминалось, «КВАРТАЛ» является реабилитационным центром для несовершеннолетних. Таким образом, это накладывает определенный отпечаток на нашу работу. Чтобы как-то систематизировать все особенности детской реабилитации, начнем с тех пунктов, которые мы указывали в качестве неотъемлемых составляющих реабилитации в принципе.

Итак, первый компонент — мотивация пациента на выздоровление, то есть его собственное желание. Как известно, принудительного лечения алкоголизма и наркомании в нашей стране нет, таким образом, во взрослые реабилитационные центры пациенты попадают относительно добровольно, хотя и не без влияния внешней среды. Часто на них давят родственники, манипулируют, ставят жесткие условия. Тяжелое физическое состояние также может на какое-то время разбудить в употребляющем желание «завязать». В редких случаях наркоманы и алкоголики приходят в больницы, потому что им просто некуда идти. Вне зависимости от этих обстоятельств в большинстве случаев взрослый человек попадает в реабилитацию по собственному желанию, чем бы оно не было продиктовано. Соответственно, этот взрослый человек автоматически принимает те условия, которые ставит перед ним центр.

Особенность работы с детьми и подростками выявляется уже на этапе приема в отделение. В большинстве случаев пациенты попадают к нам недобровольно, а по требованию родителей, комиссии по делам несовершеннолетних (КДН), рекомендации наркологов диспансера и прочих внешних структур. Нередко на приеме подросток открыто озвучивает нежелание прекращать употребление ПАВ, категорический отказ от госпитализации, вплоть до угроз и манипуляций. В таких случаях мы не можем госпитализировать подростка и проводим беседу с его родителями или другими законными представителями о нецелесообразности реабилитации для данного подростка. К сожалению, нам не всегда удается донести нашу позицию до сопровождающих пациента. Часто позиция родителей звучит так: «Мы не знаем, как с этим бороться. Он бросать не хочет, пусть сидит здесь, пока его не вылечат». Низкий уровень информированности в обществе об особенностях зависимости от ПАВ создает серьезные трудности в работе с семьями подростков, о которых мы еще будем упоминать далее. В описанных выше случаях, наш центр отказывается от госпитализации подростка в связи с его открытым отказом на лечение. Подростка отправляют на амбулаторное лечение, дают

координаты учреждений и служб, предоставляющих все виды помощи, и отпускают. Но нередко не мотивированные пациенты все же оказываются в стенах нашего учреждения. Во-первых, родители некоторых подростков проявляют достаточную жесткость и госпитализируют своих детей при помощи давления, шантажа или обещаний дорогих покупок. Таким образом, на приеме подросток формально соглашается с условиями госпитализации, поскольку не видит для себя другого выхода. Но родители или опекуны такого пациента не осознают, что значительных результатов мы достичь не сможем, поскольку внутренне подросток не только не готов работать, а категорически отказывается менять свой образ жизни, высчитывая дни до окончания срока госпитализации. Такие пациенты создают в отделении дополнительные трудности. Их поведение варьируется от демонстративного негативизма (отказ от работы с психологом, отказ от медикаментозного лечения, открытое обесценивание процесса) до глубоко скрытого протеста, спрятанного за внешней включенностью: пациент тайком выплевывает лекарства, сообщает ложную информацию об употреблении, формально присутствует на терапевтических группах, озвучивая социально-одобряемые мысли, не может сформулировать запрос на работу с психологом, в отсутствие персонала ведет провоцирующие разговоры об употреблении и многое другое. Такие пациенты деструктивно влияют на других участников процесса, но выписать их из центра не всегда удается. Имеют место редкие случаи, когда подростка просто некуда было выписывать в связи с тяжелой социальной ситуацией. Так, один пациент находился в нашем центре 9 месяцев, пока разыскивали и лишали прав его употребляющую мать, а биологический отец отказывался брать опеку над сыном. Другого пациента не могли забрать представители КДН в связи с запоем его матери (не лишенной родительских прав, но не находившейся в состоянии приехать за сыном). В таких случаях специалисты центра стараются работать над формированием у пациента мотивации на реабилитацию, повышают его критику к употреблению, жизненной ситуации, но далеко не всегда им это удается. Но даже пациенты, пришедшие к нам относительно добровольно и изъявляющие желание на реабилитацию, часто на самом деле не являются мотивированными на выздоровление. На то существует множество причин, но прежде всего это — отсутствие потерь или незначительность этих потерь. В большинстве случаев употребляющий подросток не успевает ощутить потери здоровья, от него не отворачивается семья (а часто наоборот, начинает наконец уделять ему внимание), он не получает последствий от представителей законодательной систе-

мы. Наоборот, подросток часто живет в иллюзии, что у него наладилась жизнь: появились новые знакомые, новые впечатления от жизни, чувство нужности друзьям-соупотребителям.

Таким образом, особенность детской реабилитации заключается в работе с низко мотивированными или вообще не мотивированными на выздоровление пациентами, что требует от всех специалистов центра дополнительных навыков.

Второй компонент реабилитации — комплексность подхода. Он подразумевает отлаженную работу следующих структур: психологической, консультантской, медицинской, социальной. В случае же с несовершеннолетними пациентами в этот комплекс также включается структура педагогическая. В отделении работают воспитатели, которые следят за распорядком дня пациентов, собирают их на приемы пищи и группы, сопровождают на прогулках. Кроме того, подростки получают возможность проходить школьную программу с учителями, получать оценки. Но еще одна незаменимая часть детской реабилитации — организация досуга пациентов. Мы всегда должны помнить, что наши пациенты — дети, которые хотят играть, отдыхать, веселиться, общаться, узнавать что-то новое. Детский центр должен иметь материальные и профессиональные возможности для организации отдыха пациентов, включая спортивные помещения и спортивные занятия, творческие занятия, выходы на мероприятия вне центра (кино, театр, цирк), кружки и секции по интересам. Нельзя рассчитывать, что интересные досуговые занятия повысят у наших пациентов желанием прекратить употребление. Это частая ошибка родителей пациентов: «Нужно забить ему всю неделю секциями и кружками, тогда у него времени не будет ерундой заниматься». Развлекательные занятия на заменят зависимому подростку вещество, не дадут таких ощущений, чтобы он захотел прекратить употребление — все эти предположения — иллюзия малоосведомленных в теме зависимости людей. Но, тем не менее, создавая нашим пациентам интересную насыщенную досуговую программу, мы повышаем их интерес к нашему центру и даем силы продержаться в пространстве еще какое-то время, мы хоть немного скрашиваем их тяжелейшие переживания во время реабилитации, даем возможность самоутвердиться в новых для них видах деятельности.

Комплексность подхода заключается не только в активном участии в реабилитации всех структур, но и в единой общей позиции всех подразделений центра. Все специалисты должны работать на единую цель центра, донося до пациентов общее «послание». К сожалению, в этой

области мы пока не достигли желаемых результатов, о чем постараемся упомянуть позднее. Комплексность подхода детской реабилитации заключается также и в работе с его семьей. Родителям должны предлагаться различные форматы работы: семейные консультации с психологом, индивидуальные консультации со специалистами центра, мультисемейные группы, группы для родителей. Как уже упоминалось, зависимость — семейная болезнь. Она формируется внутри семьи, и выздоровление возможно только в случае активного участия семьи пациента в реабилитационном процессе, готовности семьи также меняться.

Следующий компонент — длительность реабилитационного процесса. Речь идет о сроках госпитализации 7–9 месяцев с продолжением работы в амбулаторном режиме после выписки. Очень часто родители пациентов смещают акцент значимости на учебу для их употребляющего ребенка, прерывая реабилитационный процесс в связи с необходимостью посещать школу или колледж. Мы подчеркиваем, что значительных результатов можно достичь только в случае прохождения длительной реабилитации.

Еще один компонент реабилитации — профессионализм специалистов центра. Как уже говорилось, специалисты должны работать на общую цель и соблюдать четкие правила как профессионального, так и этического характера. Специфика работы в детской реабилитации накладывает определенный отпечаток на все службы. Кроме того, в детской реабилитации работают специалисты, отсутствующие во взрослых центрах: врач-педиатр, специалист по социальной работе, воспитатели, преподаватели школьных предметов. К сожалению, педагогическое образование нередко противоречит терапевтической позиции, которое несет наше отделение. Важно понимать, что пациенты — прежде всего люди больные, и ведут себя неадекватно ввиду своего заболевания. Их невозможно «перевоспитать», да и не стоит этого делать. Представители педагогической службы детского реабилитационного курса должны проходить дополнительное обучение по работе с зависимыми пациентами. В противном случае, разность психологической и воспитательской позиции будет создавать пациенту двойной посыл, разрушая реабилитационное пространство.

И последний компонент, о котором мы планировали упомянуть — создание реабилитационной среды. Этот компонент напрямую связан с предыдущим — профессионализм специалистов центра, но и включает в себя дополнительные материальные и временные затраты, структурные изменения, требует от персонала дополнительных навыков.

3. Структура учреждения

3.1. Амбулаторное отделение.

Детский реабилитационный центр должен включать в себя два отделения — стационар и амбулаторное отделение. Амбулаторное отделение должно работать в двух направлениях. Первое направление включает продолжение работы с пациентами, прошедшими курс реабилитации стационарно или не прошедшими этот курс полностью. В данном случае преследуются следующие цели. Во-первых, после прохождения реабилитации в закрытом стационаре пациенту требуется продолжение психологической работы уже нацеленной на адаптацию его к новому внешнему пространству, от которого он был частично изолирован на протяжении долгого времени. Даже успешно прошедший полный курс пациент, начинающий применять новые навыки в социуме, испытывает потребность в психологической поддержке. Пациенты, не прошедшие курс полностью по причине отказа от лечения также испытывают острую необходимость в поддержании и закреплении даже того малого результата, который был достигнут ими за время госпитализации. Во-вторых, цель амбулаторного постстационарного сопровождения пациента заключается в продолжении кураторства своих подопечных. Такие факторы, как отсутствие обязательного тестирования на употребление ПАВ в образовательных учреждениях, неспешность работы таких структур, как КДН (комиссия по делам несовершеннолетних), во многих случаях деструктивность семей, приводят к тому, что несовершеннолетние употребляющие ПАВ выпускаются из центра часто в абсолютно бесконтрольную среду. Задача амбулаторного отделения заключается в сборе информации о состоянии подростка, своевременном предложении повторной госпитализации, информировании подростка о возможных путях и местах оказания ему помощи.

Второе направление амбулаторного отделения включает в себя работу с подростками и семьями, впервые обратившимися за помощью. Задачи этого направления:

1. Оказание информационных услуг подросткам, обратившимся по телефону:

- возможности и варианты психологической помощи и медицинской помощи (адреса, телефоны)
- инфекционные больницы, пункты проверки на ВИЧ, гепатит и пр.
- государственные учреждения для подростков, попавших в трудную

жизненную ситуацию (КДН, приюты, соц. опека и пр.)

- группы самопомощи АА, АН, ВДА

2. Оказание информационных услуг родителям/опекунам подростков, обратившимся по телефону:

- возможности и варианты психологической помощи (как подросткам, так и их родителям) и медицинской помощи (адреса, телефоны)
- права и обязанности родителей несовершеннолетних подростков, употребляющих ПАВ (условия обращения за помощью, права на бесплатное лечение, условия госпитализации и пр.)
- группы самопомощи для родителей АА, АН АЛ-Анон, ВДА

3. Оказание психологических услуг подросткам и их семьям:

- индивидуальные психологические консультации подростков (консультирование, психокоррекция, психотерапия)
- индивидуальные психологические консультации родителей
- семейные консультации
- группы для подростков
- группы для родителей

4. Оказание медицинских услуг подросткам:

- наблюдение врача-нарколога
- медикаментозное лечение по назначению наблюдающего врача

5. Профилактическая помощь подросткам и их семьям

- рекомендации госпитализации в стационар для прохождения полного реабилитационного курса
- проведение бесед, лекций, видеолекций в образовательных учреждениях
- работа с подростками, родителями, учителями
- распространение информационных материалов о последствиях употребления ПАВ, необходимости обращения за помощью, вариантов получения помощи
- активное сотрудничество с государственными учреждениями, оказывающими подросткам различную помощь (детские комнаты милиции, КДН, соц. опека, ПДН, УИН, приюты, ЦСПСиД)

3.2. Стационарное отделение

Стационарное отделение реабилитационного центра должно представлять собой круглосуточный реабилитационный центр, предоставляющий весь спектр услуг для полноценного лечения пациентов. Таким образом, реабилитационный центр должен сочетать в себе как услуги обычной больницы, в том числе условия для проживания, питания, лечения пациентов, так и услуги реабилитации, включая полноценную

психологическую работу и работу консультантов, создание реабилитационной среды, ресурсы для образовательной и досуговой работы, наличие собственной социальной службы для курирования подростков и взаимодействия с внешними государственными структурами.

Стационарное отделение включает в себя следующие службы:

- медицинская (заведующий отделением, врачи различного профиля, медицинские сестры, санитарки по наблюдению)
- психологическая (медицинские психологи различной специализации)
- консультантская (консультанты для групповой и индивидуальной работы, для круглосуточного наблюдения)
- воспитатели
- социальная (социальные работники)
- служба пищевого блока (повара, помощники, диетсестра и пр.)
- хозяйственная служба (сестры-хозяйки, санитары, рабочие по зданию)
- работники регистратуры

Для создания полноценного реабилитационного пространства требуется активное взаимодействие всех служб. Для этого требуются как официальные мероприятия — утренние пятиминутки, на которых сдается смена дежурного персонала, обсуждаются хозяйственные и организационные вопросы, так и дополнительные консультационные, как еженедельные психолого-педагогические конференции, на которых представителями разных служб обсуждается каждый пациент, динамика его работы, формируется и корректируется реабилитационный план. Кроме того, требуется участие всех служб в дополнительных организационных мероприятиях, где участвуют и пациенты и персонал. Это могут быть утренние организационные группы, на которых пациенты могут задать вопросы любой службе (касательно бытовых условий, питания, вопросов взаимодействия с социальными службами и пр.). Кроме того, хотя бы раз в неделю необходима игровая группа с участием пациентов и персонала, направленная на взаимодействие всех участников процесса. Подробнее о каждой службе и ее задачах мы расскажем в следующих параграфах.

4. Организация реабилитационного процесса для пациентов

Для зависимых подростков особенно важно установление четких рамок, включающее стабильный распорядок дня. Примерное расписание для пациентов центра приведено в таблице ниже.

Понедельник

8:10	зарядка
8:30	уборка палат
9:00	завтрак
9:30	обход/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
10:30	Доброе Утро
11:00	Индивидуальная работа с психологом/консультантом
12:00	Мотивационная группа
13:00	обед
13:30	отдых/прогулка/
14:40	1 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
15:25	2 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
16:05	Полдник
16:20	Китайская гимнастика/»Лоскуток«
17:00	Семейная группа
18:00	Отдых/просмотр DVD
19:00	Ужин
19:30	Обратная связь, свеча
21:00	кефир
21:30	Обход
22:00	Отбой

Вторник

8:00	подъем
8:10	зарядка
8:30	уборка палат
9:00	завтрак
9:30	обход/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
10:30	Доброе утро
11:00	Лекция нарколога
12:00	Телесно-ориентированная терапия/Арт-терапия
13:00	обед
13:30	отдых/прогулка
14:40	1 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом

15:25 2 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
16:05 Полдник
16:20 Группа по зависимости
17:00 тренажеры, бассейн, просмотр DVD (для освобожд. от группы)
18:00 тренажеры, бассейн, просмотр DVD
19:00 Ужин
19:30 Обратная связь/свеча
21:00 кефир
21:30 обход
22:00 Отбой

Среда

8:00 подъем
8:10 зарядка
8:30 уборка палат
9:00 завтрак
9:30 обход/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
10:30 Доброе утро
11:30 Тренинг социального взаимодействия
13:00 обед
13:30 отдых/прогулка/
14:40 1 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
15:25 2 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
16:05 Полдник
16:20 3 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
17:00 тренажеры, бассейн
18:00 тренажеры, бассейн
19:00 ужин
19:30 Обратная связь, свеча
21:00 кефир
21:30 обход
22:00 отбой

Четверг

8:00 подъем
8:10 зарядка
8:30 уборка палат
9:00 завтрак
9:30 обход/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
10:30 Доброе Утро
11:00 Лекция педиатра
12:00 Психодинамическая группа/Арт-терапия

13:00 обед
13:30 отдых/прогулка/Тай-цзи
14:40 1 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
15:25 2 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
16:05 Полдник
16:20 Группа по зависимости
17:00
18:00 Творческие занятия с волонтерами/тренажерный зал/бассейн
19:00 Ужин
19:30 Обратная связь, свеча
21:00 кефир
21:30 Обход
22:00 Отбой

Пятница

8:00 подъем
8:10 зарядка
8:30 уборка палат
9:00 завтрак
9:30 обход/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
10:30
11:00 Группа по самоанализу
12:00 Пятничный круг
13:00 обед
13:30 отдых/прогулка
14:40 Телесно-ориентированная терапия/Символдрама
15:25 1 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
16:05 Полдник
16:20 2 урок/Индивидуальная работа с психологом/консультантом
17:00 Семинар-киноклуб
19:00 Ужин
19:30 Обратная связь/свеча
21:00 кефир
21:30 обход
22:00 Отбой

Суббота

9:00 подъем
9:10 зарядка
9:30 уборка палат
10:00 завтрак
10:30 обход

11:00	генеральная уборка
12:00	прогулка/тренажерный зал/бассейн
13:00	обед
13:30	отдых/прогулка/тренинговый зал/бассейн
14:40	Спикерская группа
15:30	Посещение родителей
16:20	Полдник
17:00	Творческие занятия с волонтерами/тренажерный зал/бассейн
19:00	ужин
19:30	Обратная связь, свеча
21:00	кефир
21:30	обход
22:00	отбой

5. Психологическая служба

5.1. Индивидуальная психологическая работа

Каждый пациент, поступающий в «Квартал» в течение первых двух дней закрепляется за определенным психологом. В момент поступления с подростком проводится мотивационная первичная беседа. Данную беседу проводит дежурный психолог. Задачами мотивационной беседы в зависимости от ситуации являются:

1. Формирование мотивации на госпитализацию. Особенность детской реабилитации, как уже упоминалось ранее, заключается в низкой мотивации подростков на лечение. Чаще всего пациентов к нам приводят насильно их родители, либо они поступают по решению КДН. Нередко дежурный психолог в течение 1,5–2 часов старается повысить мотивацию пациента на госпитализацию. Тем не менее, если подросток настроен абсолютно негативно, мы не госпитализируем принудительно, поскольку повышается риск самовольного ухода из отделения.

2. Снятие повышенной тревожности, страха перед госпитализацией. Помимо беседы психолог может предложить пациенту посмотреть отделение изнутри, ознакомиться с обстановкой. Кроме того, в приемном покое висят стенгазеты с фотографиями жизни отделения, что помогает снизить тревожность подростка перед госпитализацией в неизвестное место.

3. Сбор анамнеза. Психолог заполняет стандартную форму опроса, которая включает такие аспекты, как мотивация на реабилитацию, критика к употреблению и поведению, особенности семьи пациента, причина госпитализации. Эта информация впоследствии помогает определить, за каким психологом будет закреплен ребенок.

4. Мотивирование родителей на участие в реабилитации. Очень важно с первого дня госпитализации донести до родителей ценность их участия в психологической работе ребенка. Психолог предоставляет информацию обо всех мероприятиях для родителей (мультисемейные группы, группы для родителей, консультации психотерапевта для родителей, семейные консультации с психологом). К сожалению, низкий уровень включенности родителей в реабилитационный процесс существенно снижает эффективность работы специалистов с ребенком.

5.1.1. Психологическая диагностика

В наш подростковый реабилитационный центр поступают подростки в возрасте от 10 до 18 лет с проблемами с употреблением ПАВ, социализированными расстройствами, трудностями в семье и другими про-

блемами психологического характера. При поступлении пациента в реабилитационный центр в течение первых 3–5 дней ведущий психолог должен провести психологическую диагностику и обработать результаты в течение первых 10 дней. Диагностику пациента рекомендуется проводить психологу, который будет впоследствии закреплен за данным подростком. В случае если исследование проводил другой специалист, информация о пациенте может быть передана не в полном объеме, что лишит его ведущего психолога полной картины. Срок проведения диагностики рассчитан из временных затрат на исследование. Поскольку некоторые пациенты или их родители не мотивированы на реабилитационный процесс, пациента могут выписать с отказом от лечения в течение первых 2–3 недель. Поэтому исследование должно быть проведено в наиболее короткие сроки, чтобы психолог мог за небольшой период пребывания пациента в стационаре создать и осуществить возможный план психологической работы. Исключения составляют пациенты, поступающие в стационар в состоянии употребления, острого абстинентного синдрома, а также пациенты, находящиеся под воздействием сильных психотропных препаратов. В таких случаях диагностическое исследование стоит отложить на некоторое время, поскольку результаты его могут быть необъективными и информация будет неточной.

Данные результатов психодиагностики будут использованы для разработки индивидуального плана лечения и психокоррекции во время пребывания в стационаре, а также для разработки рекомендаций для постстационарной реабилитации. Существует множество психодиагностических методик, направленных на анализ различных сфер личности. В ходе опытного исследования в течение нескольких лет были выявлены основные параметры, данные по которым наиболее ценны для дальнейшей работы с пациентом в условиях реабилитации. Опираясь на данные критерии, психологами подбираются наиболее валидные методики для диагностики. В зависимости от особенностей пациента и его проблем набор методик может незначительно варьироваться. Так, например, в силу младшего возраста или основного психиатрического диагноза (в т.ч. олигофрении) некоторые методики могут не использоваться. Но в случае выявления новых значимых для реабилитации пациента параметров, психологи могут использовать дополнительные тесты и задания (например, тест Векслера, опросники по выявлению депрессий и пр.).

Сфера психической деятельности	Методики	Исследуемые параметры
Внимание	«Отыскивание чисел» (таблицы Шульте)	• концентрация • устойчивость • вработываемость • работоспособность
Память	«заучивание 10 слов», «Пиктограммы»	• объем оперативной памяти • долговременная память • опосредованное запоминание
Мышление	«Исключение лишнего» «Простые аналогии» «Сравнение понятий» «Выделение существенных признаков» «Пиктограммы» «Рассказ по картинке»	• существенные признаки • особенности категориального мышления, уровень обобщения • характер логических связей и отношений между понятиями • выявление возможности оперирования смыслом • понимание переносного смысла, дифференцированности и целенаправленности суждений, степени их глубины
Особенности личности	МЦВ (Метод цветowych выборов)	актуальное эмоциональное состояние
	«Исследование самооценки» (по методике Дембо-Рубинштейн)	• самооценка • уровень притязаний
	«Самооценка психических состояний (опросник Г. Айзенка)	• тревожность • фрустрация • агрессивность • ригидность
	«Индекс жизненного стиля» (опросник Келлермана-Плутчика)	ведущие психологические защиты
	РНЖ («Рисунок несуществующего животного»), ДДЧ («Дом-дерево-человек»)	• индивидуально-типологические особенности • тревожность • агрессия • страхи

Проведение экспериментально-психологического исследования

Психодиагностика проводится в кабинете психолога, за столом, при достаточном освещении. Для проведения психодиагностического исследования необходим набор стимульных материалов, бланки для фиксации результатов, листы бумаги А4, карандаши и ручки.

Поскольку выполнение всей батареи методик требует достаточно большого времени, то психодиагностика проводится в течение нескольких занятий продолжительностью 30–50 мин., в зависимости от работоспособности пациента. В среднем проведение полного экспериментально-психологического исследования, обработка тестового материала и написание заключения в соответствии с нормами УЕТ занимает примерно 4 часа.

Процедура психодиагностики предваряется индивидуальной беседой с пациентом, цель которой — знакомство пациента и психолога, определение актуального эмоционального состояния пациента, выяснение его отношения к пребыванию в отделении, знакомство с различными видами психологической работы, в которые будет включаться пациент, объяснение цели и порядок проведения исследования.

Результаты психодиагностики оформляются в виде психологического заключения, которое строится по следующей схеме:

- Анкетные данные (фамилия, имя пациента, его возраст и дата обследования).
- Цель обследования (изучение особенностей внимания, памяти, умственной работоспособности, развития мышления, особенностей личности испытуемого).
- Методики (МЦВ, таблицы Шульте, «Пиктограммы», «Исключение лишнего», «Простые аналогии», «Выявление существенных признаков», «Сравнение понятий», «Рассказ по картинке», «Самооценка психических состояний» Г. Айзенк, «Исследование самооценки» Дембо-Рубинштейн, беседа, наблюдение).
- Отношение пациента к исследованию (контактность, настроение, поведение, усвоение и следование инструкциям, отношение к замечаниям, успешность, работоспособность и т. п.).
- Результаты исследования (темп психической деятельности, характеристики внимания, памяти, развития мыслительных операций, самооценка и уровень притязаний, личностные особенности, акцентуации, ведущая психологическая защита, самооценка психических состояний, актуальное эмоциональное состояние).
- Психологическое заключение (выводы на основе результатов исследования).
- Реабилитационный план (виды групповых и индивидуальных занятий, необходимые для реабилитации пациента, из того спектра, который может предоставить центр).

Психодиагностические методики:

инструкции, порядок проведения, анализ результатов

Диагностика познавательных процессов

«Отыскивание чисел» по таблицам Шульте

/Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999, с. 53/

Цель: определение устойчивости внимания и динамической работоспособности.

Материал: 5 таблиц с числами, расположенными в случайном порядке (Приложение 1, бланки № 3 а-№ 3 д).

Инструкция: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Последующие таблицы предъявляются без дополнительных инструкций.

Анализ результатов:

Основной показатель — время выполнения, а также количество ошибок по каждой таблице. По результатам выполнения можно построить «кривую истощаемости (утомляемости)», отражающую устойчивость внимания и работоспособность в динамике.

Эффективность работы	$ЭР = T1 + T2 + T3 + T4 + T5 / 5$	
Врабатываемость	$ВР = T1 / ЭР$	Результат меньше 1,0 — показатель хорошей вработываемости. Чем больше показатель ВР, тем больше времени требуется испытуемому для подготовки к основной работе
Психическая устойчивость (выносливость)	$ПУ = T4 / ЭР$	Результат меньше 1,0 — показатель хорошей психической устойчивости. Чем выше показатель — тем хуже психическая устойчивость испытуемого.

Оценка ЭР (в секундах)

Возраст	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
10 лет	45 и меньше	46–55	56–65	66–75	76 и больше
11 лет	35 и меньше	36–45	46–55	56–65	66 и больше
12 лет и выше	30 и меньше	31–35	36–45	46–55	56 и больше

В норме 30–50 сек (в среднем 40–42).

- наличие пауз в отыскивании какого-либо числа — неравномерность темпа психической деятельности, что свойственно больным с сосудистыми нарушениями;
- равномерная замедленность темпа — эпилепсия (2–3 мин)
- увеличение времени на последних таблицах — повышенная утомляемость;
- ускорение темпа на 4,5 таблицах — медленная вработываемость.

«Заучивание 10 слов»

/Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКМО-Пресс, 1999, с. 133/

Цель: оценка состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Материал: список из 10 слов (Приложение 1, бланки № 1 а-№ 1 б).

Инструкция:

а) «Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

б) «Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их: и те, которые уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. Порядок слов не важен».

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3–5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». После 5–6-кратного повторения слов экспериментатор говорит испытуемому: «Через час вы эти же слова назовете мне еще раз». На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке, которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

Анализ результатов:

По полученному протоколу составляется график — «кривая запоминания». По форме кривой можно сделать выводы относительно особенностей запоминания:

- в норме у детей школьного возраста с каждым воспроизведением количество правильно названных слов увеличивается, «кривая запоминания» выглядит примерно таким образом: 5,7,9 — или: 6, 8, 9, то есть к третьему по счету повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов.
- взрослые испытуемые с нормальной памятью к третьему повторению

обычно воспроизводят правильно до 9 или 10 слов.

- ослабленные дети воспроизводят меньшее количество, могут демонстрировать застревание на «лишних» словах.
- большое количество «лишних» слов — расторможенность или расстройства сознания.
- если испытуемый сразу воспроизвел 8–9 слов, а затем с каждым разом все меньше и меньше (кривая на графике не возрастает, а снижается) — повышенная утомляемость.
- если испытуемый воспроизводит все меньше и меньше слов — забывчивость и рассеянность.
- зигзагообразный характер кривой — неустойчивость внимания.
- кривая, имеющая форму «плато» — эмоциональная вялость, отсутствие заинтересованности.
- число слов, воспроизведенных час спустя — показатель долговременной памяти.

«Пиктограммы»

/Херсонский Б. Г. «Методы пиктограмм в психодиагностике» — СПб: Изд-во «Сенсор», 2000/

Цель: Исследование особенностей опосредованного запоминания и его продуктивности, а также характера мыслительной деятельности, уровня формирования понятийного мышления.

Материал: список из 16 слов (Приложение 1, бланки № 2 а-2 б).

Инструкция: «Этот тест на проверку вашей памяти. Будут названы слова и целые выражения, которые необходимо запомнить. Для того, чтобы облегчить запоминание, на каждое слово нужно нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог вам вспомнить названное слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно лишь, чтобы он вам помог при запоминании».

Порядок проведения:

После инструктажа испытуемому зачитываются слова с интервалом не более чем в 30 секунд. Перед каждым словом или словосочетанием называется его порядковый номер, а затем предоставляется время на его изображение. Каждое слово или словосочетание во избежание повторения должны произноситься отчетливо. В процессе выполнения задания не допускается написание испытуемым отдельных букв или слогов. Скорость и качество выполнения не должны его беспокоить. Исследователь не должен вмешиваться в процесс работы ребенка, какими бы странными ни казались ему его рисунки, и тем более не должен делать ему замечаний. Только в том случае, если ребенок рисует неоправданно много

предметов в ответ на предъявление одного слова или больше увлекается процессом рисования, чем выбором связи для запоминания, его можно несколько ограничить во времени.

Воспроизведение испытуемым словесного материала осуществляется спустя 40–60 минут или более. По прошествии времени испытуемому предъявляются его рисунки с просьбой вспомнить соответствующие слова, которые фиксируются в протоколе.

Анализ результатов:

При обработке экспериментальных данных учитывают:

- показатели четырех основных критериев,
 - процедурные вопросы (легкость выполнения задания, эмоциональное отношение к нему, потребность в более широком пространстве и пр.).
- 1) Критерий адекватности (самый важный критерий).

Пригодность выбранного образа для запоминания соответствующего понятия:

- содержательная связь образа и понятия
- умеренная абстрактность
- краткость изображения и объяснения

Иногда для оценки достаточно одного рисунка, иногда необходимо получить дополнительные сведения у его автора. В случае обоснованности связи между предложенным понятием и его пиктограммы эксперт ставит знак «+», при отсутствии связи — знак «-».

В норме — от 70% и выше.

2) Критерий восстанавливаемости понятий спустя отсроченный период.

Через 15–20 мин после выполнения задания эксперт проверяет способность испытуемого восстановить список исходных понятий по его собственным пиктограммам. Обычно для этого закрывается список понятий, и испытуемому в случайном порядке предлагается восстановить их. Если испытуемый использовал для передачи разных понятий одни и те же пиктограммы, он допускает ошибки и всевозможные неточности типа синонимии, сокращения сложного понятия, перепутывания. По этому показателю можно судить о роли памяти в мышлении.

В норме — от 80% и выше.

3) Критерий «конкретность — абстрактность».

Оценивается экспертом по степени соответствия пиктограммы реальному объекту:

- максимально конкретное (например, веселый праздник изображается в виде застолья с конкретными гостями и сервировкой стола) —

1 балл.

- абстрактный характер (например, тот же веселый праздник изображается в виде ряда восклицательных знаков) — 3 балла.
- смешанные образы, которые трудно отнести к крайним типам — 2 балла.

Экспертные оценки далее суммируются и подсчитываются средние данные.

В норме — 2 балла.

Конкретные образы:

- рисунок конкретной ситуации
- конкретного предмета

Атрибутивные образы:

- принадлежность (елка, карнавальная маска)
- причинно-следственная связь (микроб-болезнь)

Метафорические образы:

абстрактная ассоциация выражается опосредованно через конкретный предмет, метафору, поговорку. Например, «счастье» — перечеркнутые часы: «Счастливые часов не наблюдают»

Знаково-символические образы:

- геометрические фигуры,
- графические символы:

4) Критерий частоты выбора («стандартность — оригинальность»).

Оценивается экспертом, во-первых, по своему субъективному представлению, и, во-вторых, по степени совпадения образов у разных испытуемых.

- стандартные (говорят о стандартности выполнения задания) — 1 балл.
- оригинальные (не повторяющиеся пиктограммы) — 3 балла.
- повторяющиеся — 2 балла.

Экспертные оценки далее суммируются и подсчитываются средние данные.

В норме — 2 балла.

Дополнительные параметры анализа:

- тип «мыслителя» (преобладание абстрактных и знаково-символьных рисунков): стремление к обобщению, синтезу информации, высокий уровень абстрактно-логического мышления.
- образное мышление (преобладание сюжетных и метафорических рисунков): наличие художественных способностей или увлекающихся художественным творчеством.
- конкретно-действенное мышление (предпочтение конкретного вида

изображений): оперирование непосредственно воспринимаемыми объектами и связями, либо так называемое практическое мышление, направленное на разрешение частных конкретных задач в практической деятельности.

- уровень сформированности понятийного мышления: насколько свободно испытуемый устанавливает связи между абстрактными понятиями и изображениями в процессе рисования и воспроизведения слов по рисункам.
- общительность: в качестве опосредованных стимулов часто изображаются человечки и воспроизведение при этом словесного материала проходит успешно,
- инфантильность: часто изображаются человечки, но воспроизведение таких изображений затруднено
- уровень истощаемости (определяется по качеству рисунков: нарастающая небрежность, ослабление нажима при рисовании к концу исполнения задания).

«Исключение лишнего»:

/Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999, с. 92/

Цель: Исследование способности к обобщению и абстрагированию, умения выделять существенные признаки.

Материал: Бланк с напечатанными сериями из пяти слов (Приложение 1, бланк № 4)

Инструкция: Испытуемому предъявляют бланк и говорят: «Здесь в каждой строке написано 5 слов, из которых 4 можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно найти и исключить (вычеркнуть)».

Порядок проведения данного варианта теста идентичен вышеизложенному. Рекомендуется для исследования лиц старше 11–12 лет.

Анализ результатов:

Шкала для оценки уровня развития операции обобщения

Число баллов	Характеристика решения задач
5	Испытуемый правильно и самостоятельно называет родовое понятие для обозначения: 1) объединяемых в одну группу предметов (слов); 2) «лишнего» предмета (слова).
4	Сначала родовое понятие называет неправильно, потом сам исправляет ошибку: 1) для обозначения предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) для обозначения «лишнего» предмета (слова).
2,5	Самостоятельно дает описательную характеристику родового понятия для обозначения: 1) объединяемых в одну группу предметов (слов); 2) «лишнего» предмета (слова).
1	То же, но с помощью исследователя для обозначения: 1) предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) «лишнего» предмета (слова).
0	Не может определить родовое понятие и не умеет использовать помощь для обозначения: 1) предметов (слов), объединенных в одну группу; 2) «лишнего» предмета (слова).

- неустойчивое мышление — ошибочное обобщение по несущественному признаку, который внешне кажется доминирующим и отвлекает от существенного. Но если привлечь внимание такого ребенка к выяснению причинно-следственных отношений, он может изменить свой ответ на правильный.
- неосознанность мышления — ребенок при правильном решении затрудняется мотивировать свой ответ и сформулировать понятие
- конкретное мышление, неумение строить обобщения по существенным признакам — испытуемый объясняет причину объединения предметов в одну группу не по их родовым или категориальным признакам, а по ситуационным критериям (то есть придумывает ситуацию, в которой как-то участвуют все предметы).

«Выделение существенных признаков»

/Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999, с. 99/

Цель: выявление логичности суждений пациента, его умения сохра-

нять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач.

Материал: Серия логических заданий, отпечатанных на листе бумаги. (Приложение 1, бланк № 5).

Инструкция: «Перед вами ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, рядом с каждым таким словом в скобках 5 слов на выбор. Из этих 5-ти слов нужно выбрать только 2 слова, обозначающие основные признаки выделенного слова, т.е. те признаки, без которых оно не может существовать». Далее экспериментатор на первом примере демонстрирует способ решения задачи. Затем пациент решает и объясняет свои решения самостоятельно.

Анализ результатов:

- слабость абстрагирования — неумение выделить самые существенные признаки.
- некритичность, ненаправленность мышления — случайные, привычные ассоциации, которые исправляются после замечания экспериментатора (например, Игра — карты, игроки).
- аморфность, расплывчатость мышления — резонерские, путанные рассуждения.

«Простые аналогии»

/Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999, с. 101/

Цель: Выявление характера логических связей и отношений между понятиями. Применяется для обследования лиц в возрасте от 10 лет и старше.

Материал: Серия логических заданий, отпечатанных на листе бумаги. (Приложение 1, бланк № 6 а-6 б)

Инструкция: «Посмотри, здесь написано два слова — сверху «лошадь», снизу — «жеребенок». Какая между ними связь? ...Жеребенок — детеныш лошади. А справа то же: сверху одно слово — «корова», а снизу — 5 слов на выбор. Из этих слов надо выбрать только одно, которое так же относится к слову «корова», как «жеребенок» к «лошади», то есть, чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет — «теленок». Значит, нужно вначале установить, как связаны между собой слова вот здесь, слева, а затем установить такую же связь справа».

Анализ результатов:

- 1) подсчитывается количество правильных и ошибочных ответов,
- 2) анализируется характер установленных связей между понятиями — конкретные, логические, категориальные (преобладании наглядных или логических форм).

3) фиксируется последовательность и устойчивость выбора существенных признаков для установления аналогий.

4) Анализ ошибок при выполнении задания:

- испытуемый при нахождении аналогий руководствуется конкретной ассоциацией, соскальзывая на бытовые аналогии (например, «картофель — суп», вместо «картофель — шелуха») — ухудшение работоспособности; поддаются коррекции со стороны исследователя.
- испытуемый делает случайные ошибки 3–4 раза подряд, выбирая слово по конкретной ассоциации, а потом без напоминания решает правильным способом — неустойчивость, хрупкость процесса мышления, утомляемость.
- ошибки испытуемых с нарушением интеллектуального развития и конкретным мышлением возникают постоянно, даже если их постоянно поправлять.

Диагностика личностных особенностей

Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн

/В модификации А. М. Прихожан. Материалы приведены по кн. «Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психологических методик» — М., 1988. С. 110–118/

Цель: непосредственное оценивание (шкалирование) подростками ряда личных качеств.

Инструкция: «Любой человек оценивает свои способности, возможности, характер и т.д. Уровень развития каждого качества изображен вертикальной линией. Нижняя точка линии будет показывать самое низкое развитие этого качества, а верхняя — наивысшее. На каждой линии чертой нужно отметить, как ты оцениваешь развитие этого качества у себя в данный момент времени. Потом крестиком отметить, при каком уровне развития этих качеств ты был бы доволен собой или почувствовал гордость за себя».

Материал:

Бланк формата А4, на котором изображено 7 линий, длина каждой — 100 мм, с указанием верхней, нижней точек шкалы и середины. Над каждой линией написано, что она означает:

- здоровье
- ум, способности
- характер
- авторитет у сверстников
- умение многое делать своими руками, умелые руки
- внешность
- уверенность в себе

Порядок проведения:

Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т. е. уровень развития этих же качеств, который бы их удовлетворил.

Методика может проводиться как фронтально — с группой обследуемых, так и индивидуально. Исследователю необходимо проверить, как каждый испытуемый заполнил первую шкалу, правильно ли применяются предложенные значки, ответить на вопросы. После этого испытуемый работает самостоятельно.

Анализ результатов:

Обработка проводится по 6 шкалам (первая, тренировочная — «здоровье» — не учитывается). Каждый ответ выражается в баллах (1 мм — 1 балл).

При этом подсчитывают:

- 1) высоту самооценки — расстояние от 0 до «-»
- 2) уровень притязаний — расстояние от 0 до «х»
- 3) значение расхождения между уровнем притязаний и самооценкой — расстояние от «-» до «х». Если уровень притязаний ниже самооценки, он выражается отрицательным числом.

Параметр	Количественная характеристика (баллы)			
	Норма			очень высокий
	низкий	средний	высокий	
Уровень самооценки	Менее 45	45–59	60–74	75–100
Уровень притязаний	Менее 60	60–74	75–89	90–100

Высота самооценки:

Реалистичная самооценка (45–74 балла).

Завышенная самооценка (75–100 баллов) указывает на определенные отклонения в формировании личности:

- личностная незрелость,
- неумение правильно оценивать результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими,
- «закрытость» для нового опыта,
- нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих.

Заниженная самооценка (ниже 45 баллов) указывает на 2 противоположных психологических явления:

- подлинную неуверенность в себе,
- «защитное» декларирование собственного неумения, неспособности и т. п., позволяющее не прилагать никаких усилий.

Уровень притязаний:

Реалистичный уровень (60–89 баллов).

Наиболее оптимальный уровень (75–89 баллов) — важный фактор личностного развития.

Завышенный уровень (90–100) — нереалистическое, некритичное отношение к собственным возможностям.

Заниженный уровень (менее 60 баллов) — индикатор неблагополучного развития личности.

Самооценка психических состояний (по Г. Айзенку)

/«Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие»/под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Изд-во «Бахрах-М», 2001, с. 141/

Цель: самооценка психических состояний.

Материал: бланк опросника, состоящего из 40 утверждений с вариантами ответов (Приложение 2, бланк «Самооценка психических состояний»).

Инструкция: «Вам предлагается описание различных состояний. Если Вы часто испытываете это состояние, то ставится 2 балла, если это состояние бывает, но изредка, то ставится 1 балл, если совсем не подходит — 0 баллов».

Тест «Самооценка психических состояний»

Инструкция: «Вам предлагается описание различных состояний. Если Вы часто испытываете это состояние, то ставится 2 балла, если это состояние бывает, но изредка, то ставится 1 балл, если совсем не подходит — 0 баллов».

	№		Подходит	Подходит не всегда	Не подходит
I	1	Не чувствую в себе уверенности	2	1	0
	2	Часто из-за пустяков краснею	2	1	0
	3	Мой сон беспокоен	2	1	0
	4	Легко впадаю в уныние	2	1	0
	5	Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2	1	0
	6	Меня пугают трудности	2	1	0
	7	Люблю копаться в своих недостатках	2	1	0
	8	Меня легко убедить	2	1	0
	9	Меня беспокоит состояние моего здоровья	2	1	0
	10	Я с трудом переношу время ожидания	2	1	0
II	11	Нередко мне кажется безвыходным положение, из которого все-таки можно найти выход	2	1	0
	12	Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом	2	1	0
	13	При больших неприятностях я обычно виню только себя	2	1	0
	14	Несчастья и неудачи ничему меня не учат	2	1	0
	15	Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2	1	0
	16	Я нередко чувствую себя беззащитным	2	1	0
	17	Иногда у меня бывает состояние отчаяния	2	1	0
	18	Я чувствую растерянность перед трудностями	2	1	0
	19	В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы пожалели	2	1	0
	20	Считаю недостатки своего характера неисправимыми	2	1	0

III	21	Оставляю за собой последнее слово	2	1	0
	22	Нередко в разговоре перебиваю собеседника	2	1	0
	23	Меня легко рассердить	2	1	0
	24	Люблю делать замечания другим	2	1	0
	25	Хочу быть авторитетом для других	2	1	0
	26	В любом деле я не довольствуюсь малым, хочу добиться наибольшего успеха	2	1	0
	27	Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь	2	1	0
	28	Предпочитаю руководить, а не подчиняться	2	1	0
	29	У меня резкая, грубоватая жестикуляция	2	1	0
	30	Я мстителен	2	1	0
IV	31	Мне трудно менять привычки	2	1	0
	32	Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2	1	0
	33	Очень настороженно отношусь ко всему новому	2	1	0
	34	Меня трудно переубедить	2	1	0
	35	Нередко у меня не выходит из головы мысль, от которой следовало бы освободиться	2	1	0
	36	Нелегко сближаюсь с людьми	2	1	0
	37	Я сильно переживаю, если в моей жизни неожиданно что-то меняется	2	1	0
	38	Нередко я проявляю упрямство	2	1	0
	39	Неохотно иду на риск	2	1	0
	40	Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов	2	1	0

1. Тревожность (1–10 вопросы):

0–7 баллов	не тревожные
8–14 баллов	тревожность средняя, допустимого уровня
15–20 баллов	очень тревожные

2. Фрустрация (11–20 вопросы):

0–7 баллов	Высокая самооценка, устойчивость к неудачам, не боится трудностей
8–14 баллов	Средний уровень, фрустрация имеет место
15–20 баллов	Низкая самооценка, избегает трудностей, боится неудач

3. Агрессивность (21–30 вопросы):

0–7 баллов	Спокоен, выдержан
8–14 баллов	Средний уровень
15–20 баллов	Агрессивен, невыдержан, есть трудности в общении с людьми

4. Ригидность (31–40 вопросы):

0–7 баллов	Ригидности нет, легкая переключаемость
8–14 баллов	Средний уровень
15–20 баллов	Сильно выраженная ригидность, противопоказаны смена места работы (учебы), изменения в семье.

«Индекс жизненного стиля»

Цель: выявление напряженности психологических защит, поведенческих реакций в норме и возможных девиаций, акцентуаций, типа групповой роли.

Материал: опросник, состоящий из 97 утверждений; бланк ответов.

Инструкция: «Вам будут предъявляться утверждения, касающиеся состояния вашего здоровья и вашего характера. Читайте каждое утверждение и решайте, верно ли оно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумье. Наиболее естественна та реакция, которая первой приходит в голову. Если вы решили, что утверждение верно, поставьте справа от номера вопроса число “1”; если утверждение по отношению к вам неверно, поставьте справа от номера вопроса число “0”. При сомнениях помните, что всякое утверждение, которое вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным».

Анализ результатов:

Шкала	№ вопроса (подсчет только ответов «да»)	
A — Отрицание	1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94	13
B — Подавление	6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89,	12
C — Регрессия	2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95,	14
D — Компенсация	3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74,	10
E — Проекция	7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96,	13
F — Замещение	8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97	13
G — Интеллектуализация	4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87,	12
H — Реактивное образование	5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79,	10

Напряженность психологических защит = (кол-во «+»/кол-во утверждений) * 100%

Механизмы психологической защиты и индивидуально-личностные особенности

Отрицание — наиболее ранний онтогенетически и наиболее примитивный механизм защиты. Отрицание развивается с целью сдерживания эмоции принятия окружающих, если они демонстрируют эмоциональную индифферентность или отвержение. Это, в свою очередь, может привести к самонеприятию. Отрицание подразумевает инфантильную подмену принятия окружающими вниманием с их стороны, причем любые негативные аспекты этого внимания блокируются на стадии восприятия, а позитивные допускаются в систему. В результате индивид получает возможность безболезненно выражать чувства принятия мира и себя самого, но для этого он должен постоянно привлекать к себе внимание окружающих доступными ему способами.

Особенности защитного поведения в норме: эгоцентризм, внушаемость и самовнушаемость, общительность, стремление быть в центре внимания, оптимизм, непринужденность, дружелюбие, умение внушать доверие, уверенная манера держаться, жажда признания, самонадеянность, хвастовство, жалость к себе, обходительность, готовность услужить, аффектированная манера поведения, пафос, легкая переносимость критики и отсутствие самокритичности. К другим особенностям относятся выраженные артистические и художественные способности, богатая фантазия, склонность к розыгрышам. Предпочтительная работа в сферах искусства и обслуживания.

Акцентуация: демонстративность.

Возможные девиации поведения: лживость, склонность к симуляции, необдуманность поступков, недоразвития этического комплекса, склонность к мошенничеству, эксгибиционизм, демонстративные попытки суицида и самоповреждения.

Диагностическая концепция: истерия.

Возможные психосоматические заболевания (по Ф. Александеру): конверсионно-истерические реакции, параличи, гиперкинезы, нарушения функции анализаторов, эндокринные нарушения.

Тип групповой роли (по Г. Келлерман): “роль романтика”.

Подавление развивается для сдерживания эмоции страха, проявления которой неприемлемы для позитивного самовосприятия и грозят попаданием в прямую зависимость от агрессора. Страх блокируется посредством забывания реального стимула, а также всех объектов, фактов и обстоятельств, ассоциативно связанных с ним. В кластер подавления входят близкие к нему механизмы: изоляция и интроекция. Изоляция

подразделяется некоторыми авторами на дистанцирование, дереализацию и деперсонализацию, которые можно выразить формулами: “это было где-то далеко и давно, как бы не наяву, как будто не со мной”. В других источниках эти же термины применяются для обозначения патологических расстройств восприятия.

Особенности защитного поведения в норме: тщательное избегание ситуаций, которые могут стать проблемными и вызвать страх (например, полеты на самолете, публичные выступления и т.д.), неспособность отстоять свою позицию в споре, соглашательство, покорность, робость, забывчивость, боязнь новых знакомств, выраженные тенденции к избеганию и подчинению подвергаются рационализации, а тревожность — сверхкомпенсации в виде неестественно спокойного, медлительного поведения, нарочитой невозмутимости и т.п.

Акцентуация: тревожность (по К. Леонгарду), конформность (по П.Б. Ганнушкину).

Возможные девиации поведения: ипохондрия, иррациональный конформизм, иногда крайний консерватизм.

Возможные психосоматические заболевания (по Э. Берну): обмороки, изжога, потеря аппетита, язва 12-перстной кишки.

Диагностическая концепция: пассивный диагноз (по Р. Плутчику).

Тип групповой роли: “роль невиновного”.

Регрессия развивается в раннем детстве для сдерживания чувств неуверенности в себе и страха неудачи, связанных с проявлением инициативы. Регрессия предполагает возвращение в экзквизитной ситуации к более незрелым онтогенетически паттернам поведения и удовлетворения. Регрессивное поведение, как правило, поощряется взрослыми, имеющими установку на эмоциональный симбиоз и инфантилизацию ребенка. В кластер регрессии входит также механизм двигательная активность, предполагающий произвольные иррелевантные действия для снятия напряжения.

Особенности защитного поведения в норме: слабохарактерность, отсутствие глубоких интересов, податливость влиянию окружающих, внушаемость, неумение доводить до конца начатое дело, легкая смена настроения, плаксивость, в экзквизитной ситуации повышенная сонливость и неумеренный аппетит, манипулирование мелкими предметами, произвольные действия (потирание рук, кручение пуговиц и т.п.), специфическая “детская” мимика и речь, склонность к мистике и суевериям, обостренная ностальгия, непереносимость одиночества, потребность в стимуляции, контроле, подбадривании, утешении, поиск новых

впечатлений, умение легко устанавливать поверхностные контакты, импульсивность.

Акцентуация (по П. Б. Ганнушкину): неустойчивость.

Возможные девиации поведения: инфантилизм, тунейдство, конформизм в антисоциальных группах, употребление алкоголя и наркотических веществ.

Диагностическая концепция: неустойчивая психопатия.

Возможные психосоматические заболевания: данные отсутствуют.

Тип групповой роли: “роль ребенка”.

Компенсация — онтогенетически самый поздний и когнитивно сложный защитный механизм, который развивается и используется, как правило, сознательно. Предназначен для сдерживания чувства печали, горя по поводу реальной или мнимой потери, утраты, нехватки, недостатка, неполноценности. Компенсация предполагает попытку исправления или нахождения замены этой неполноценности. В кластер компенсации входят следующие механизмы: сверхкомпенсация, идентификация и фантазия, которую можно понимать как компенсацию на идеальном уровне.

Особенности защитного поведения в норме: поведение, обусловленной установкой на серьезную и методическую работу над собой, нахождение и исправление своих недостатков, преодоление трудностей, достижение высоких результатов в деятельности, серьезные занятия спортом, коллекционирование, стремление к оригинальности, склонность к воспоминаниям, литературное творчество.

Акцентуация: дистимность.

Возможные девиации поведения: агрессивность, наркомания, алкоголизм, сексуальные отклонения, промискуитет, kleптомания, бродяжничество, дерзость, высокомерие, амбициозность.

Диагностическая концепция: депрессивность.

Возможные психосоматические заболевания: нервная анорексия, нарушение сна, головные боли, атеросклероз.

Тип групповой роли: “роль объединяющего”.

Проекция — сравнительно рано развивается в онтогенезе для сдерживания чувства неприятия себя и окружающих как результата эмоционального отвержения с их стороны. Проекция предполагает приписывание окружающим различных негативных качеств как рациональную основу для их неприятия и самопринятия на этом фоне.

Особенности защитного поведения в норме: гордость, самолюбие, эгоизм, злопамятность, мстительность, обидчивость, уязвимость, обо-

стренное чувство несправедливости, заносчивость, честолюбие, подозрительность, ревнивость, враждебность, упрямство, несговорчивость, нетерпимость к возражениям, тенденция к уличению окружающих, поиск недостатков, замкнутость, пессимизм, повышенная чувствительность к критике и замечаниям, требовательность к себе и другим, стремление достичь высоких показателей в любом виде деятельности.

Акцентуация: застреваемость.

Возможные девиации поведения: поведение детерминированное сверхценными или бредовыми идеями ревности, несправедливости, преследования, изобретательства, собственной ущербности или грандиозности. На этой почве возможны проявления враждебности, доходящие до насильственных действий и убийств. Реже встречаются садистско-мазохистский комплекс и ипохондрический симптомокомплексы, последний на базе недоверия к медицине и врачам.

Диагностическая концепция: паранойя.

Возможные психосоматические заболевания: гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз.

Тип групповой роли: “роль проверяющего”.

Замещение развивается для сдерживания эмоции гнева на более сильного, старшего или значимого субъекта, выступающего как фрустратор, во избежание ответной агрессии или отвержения. Индивид снимает напряжение, обращая гнев и агрессию на более слабый одушевленный или неодушевленный объект или на самого себя. Поэтому замещение имеет как активные, так и пассивные формы и может использоваться индивидами независимо от их типа конфликтного реагирования и социальной адаптации.

Особенности защитного поведения в норме: импульсивность, раздражительность, требовательность к окружающим, грубость, вспыльчивость, реакции протеста в ответ на критику, нехарактерность чувства вины, увлечение “боевыми” видами спорта (бокс, борьба, хоккей и т. п.), предпочтение кинофильмов со сценами насилия (боевики, фильмы ужасов и т. п.), приверженность к любой деятельности, связанной с риском, выраженная тенденция к доминированию иногда сочетается с сентиментальностью, склонность к занятиям физическим трудом.

Акцентуация: возбудимость (эпилептоидность).

Возможные девиации поведения: агрессивность, неуправляемость, склонность к деструктивным и насильственным действиям, жестокость, аморальность, бродяжничество, промискуитет, проституция, часто хронических алкоголизм, самоповреждения и суициды.

Диагностическая концепция: эпилептоидность (по П. Б. Ганнушкину), возбудимая психопатия (по Н. М. Жарикову), агрессивный диагноз (по Р. Плутчику).

Возможные психосоматические заболевания (по Ф. Александру): гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, язва желудка (по Э. Берну).

Тип групповой роли: “роль ищущего козла отпущения”.

Интеллектуализация развивается в раннем подростковом возрасте для сдерживания эмоции ожидания или предвидения из боязни пережить разочарование. Образование данного механизма принято соотносить с фрустрациями, связанными с неудачами в конкуренции со сверстниками. Предполагает произвольную схематизацию и истолкование событий для развития чувства субъективного контроля над любой ситуацией. В этот кластер входят следующие механизмы: аннулирование, сублимация и рационализация. Последняя подразделяется на рационализацию актуальную, предвосхищающую, для себя и для других, постгипнотическую и проективную и имеет следующие способы: дискредитация цели, дискредитация жертвы, преувеличение роли обстоятельств, утверждение вреда во благо, переоценивание имеющегося и самодискредитация.

Особенности защитного поведения в норме: старательность, ответственность, добросовестность, самоконтроль, склонность к анализу и самоанализу, основательность, осознанность обязательств, любовь к порядку, нехарактерность вредных привычек, предусмотрительность, дисциплинированность, индивидуализм.

Акцентуация: психастения (по П. Б. Ганнушкину), педантичность (по К. Леонгарду).

Возможные девиации поведения: неспособность принять решение, подмена деятельности “рассуждательством”, самообман и самооправдание, выраженная отстраненность, цинизм, поведение, обусловленное различными фобиями, ритуальные и другие навязчивые действия.

Диагностическая концепция: навязчивость.

Возможные психосоматические заболевания: болевые ощущения в области сердца, вегетативные расстройства, спазмы пищевода, полиурия, сексуальные расстройства.

Тип групповой роли: “роль философствующего”.

Реактивное образование — защитный механизм, развитие которого связывают с окончательным усвоением индивидом “высших социальных ценностей”. Реактивное образование развивается для сдерживания

радости обладания определенным объектом (например, собственным телом) и возможности использования его определенным образом (например, для секса и агрессии). Механизм предполагает выработку и подчеркивание в поведении прямо противоположной установки.

Особенности защитного поведения в норме: неприятие всего, связанного с функционированием организма и отношениями полов, выражается в различных формах и с различной интенсивностью, избегание общественных бань, уборных, раздевалок и т.п., резкое отрицательное отношение к “неприличным” разговорам, шуткам, кинофильмам эротического характера (а также со сценами насилия), эротической литературе, сильные переживания по поводу нарушений “личностного пространства”, случайных соприкосновений с другими людьми (например, в общественном транспорте), подчеркнутое стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения, актуальность, озабоченность “приличным” внешним видом, вежливость, любезность, респектабельность, бескорыстие, общительность, как правило, приподнятое настроение. Из других особенностей: осуждение флирта и эксгибиционизма, воздержанность, иногда вегетарианство, морализаторство, желание быть примером для окружающих.

Акцентуации: сензитивность, экзальтированность.

Возможные девиации поведения: выраженная завышенная самооценка, лицемерие, ханжество, крайний пуританизм.

Диагностическая концепция: маниакальность.

Возможные психосоматические заболевания (по Ф. Александру): бронхиальная астма, язвенная болезнь, язвенный колит.

ПДО (патохарактерологический опросник Личко)

/«Текст опросника ПДО» — Госстандарт России, СПб: ГП «Иматон», 1993/

Цель: определение в подростковом возрасте типов характера при акцентуациях.

Материал: 25 карточек с утверждениями по разным темам: витальные функции, отношение к окружающим, отношение к некоторым абстрактным категориям./См. Приложение 4/.

Инструкция: «Перед Вами текст опросника, разбитого на 25 разделов. Каждый раздел содержит от 10 до 19 утверждений. Вам следует в каждом разделе выбрать наиболее подходящее для Вас утверждение и отметить его номер в бланке. Если в каком-то разделе Вам подходит несколько ответов, то можно сделать 2–3 выбора, но не более. Если ни один выбор Вам не подходит, то в ответном бланке отмечаете 0. Затем Вам следует

повторно просмотреть все разделы и выбрать в каждом утверждения, которые для Вас НЕ подходят. Разрешается делать несколько выборов, но не более 3-х. Номера выборов отмечаете в бланке».

Анализ результатов (порядок проведения оценки графика ПДО):

Конформность:

К=0 или 1 — низкая конформность, неконформизм (обычно присуще Ш и И типам)

К=2 или 3 — умеренная

К=4 или 5 — средняя

К=6 и более — высокая

Негативное отношение к исследованию:

О=6 и более — скрытность, негативное отношение к исследованию; надежность исследования снижается

Возможная склонность к диссимуляции:

Д > Т на 4 и более балла — возможная диссимуляция (исключает диагностику типов Ц и К).

Д=6 и более — наиболее часто встречается у типа Н.

Степень откровенности:

Т>Д — значительная откровенность в самооценке (часто встречается у типов Ц и П).

Органическая природа психопатии или акцентуации:

В=5 и более — возможность органического генеза психопатии (часто встречается у типа Э).

Реакция эмансипации (ее отражение в самооценке, но не в поведении):

Е=0 или 1 — слабая реакция эмансипации

Е=2 или 3 — умеренная

Е=4 и более — выраженная (С и П не диагностируются)

Е=6 и более — чаще встречается у Ш и И (неконформизм)

Психологическая склонность к алкоголизации:

Подсчитывается суммарная величина цифровых баллов.

+2 — склонность к употреблению спиртного

+6 и выше — стремление демонстрировать склонность к выпивкам (чаще встречается у И)

- 1 и ниже — отсутствие психологической склонности к алкоголизации.

Описание типов акцентуаций характера у подростков

/Личко А. Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков» — Л., 1983/

Гипертимный тип

Основные признаки.

Почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. С раннего детства подвижность, общительность, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, легкости общения и быстрота усвоения учебного материала.

Провоцирующие факторы, “слабое место”.

Ограничение возможностей контактирования с окружающими по его собственному выбору. Попытки строгого направления деятельности подростка и выбора его контактов. Строго регламентированный режим. Неблагоприятным типом воспитания является доминирующая гиперпротекция с жестким контролем, которая усиливает подростковую реакцию эмансипации. В то же время воспитание по типу эмоционального отвержения провоцирует появление поведенческих нарушений.

Форма проявления дезадаптации.

С первых лет обучения в школе неусидчивость, отвлекаемость, недисциплинированность. Прогулы, конфликты с родителями и учителями.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

У данного типа выражена реакция эмансипации, проявляющаяся в конфликтах с родителями и учителями и особенно усиливающаяся при гиперопеке и авторитарном стиле обращения с подростком. Выражена реакция группирования, причем в группе часто подростки этого типа становятся лидерами. Увлечения нестойки, часто меняются. Данному типу свойственно раннее начало половой жизни вследствие рано созревающего полового влечения, возможны беспорядочные сексуальные связи.

Делинквентное поведение проявляется в форме мелких асоциальных поступков и правонарушений, обычно для показа сверстникам своей смелости. Как следствие реакции эмансипации для избегания излишнего контроля и для самоутверждения могут случаться побеги, чаще в форме самовольных отлучек. Имеется склонность к алкоголизации, частые выпивки в группе с целью развлечения. Истинный алкоголизм в подростковом возрасте не формируется.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Подростки этого типа легко идут на контакт вследствие своей общительности. Влияние на подростка может оказать педагог, который сам является самостоятельной личностью и проявляет к подростку уважение, интерес, благожелательность. Рекомендуется обеспечить возможность широких контактов, хорошо действует помещение в группу молодежи, немного более старшей по возрасту. Среда должна быть разнообразной, о богатыми возможностями для проявления собственной активности

подростка. Учебная или трудовая деятельность должна осуществляться в коллективе, с возможностями смены обстановки, характер труда — не монотонный, разнообразный, со сменой видов деятельности.

Циклоидный тип

Основные признаки.

Чаще это скрытый тип. В детстве обычно не проявляется. Признаками являются негрубо выраженные колебания настроения, периоды подъема сменяются периодами спада, вплоть до депрессии. В период подъема напоминают подростков с гипертимной акцентуацией. Первая субдепрессивная фаза обычно совпадает с началом подросткового кризиса, проявляется в снижении настроения, утомляемости, вялости.

Провоцирующие факторы, “слабое место”.

Факторы, провоцирующие дезадаптацию, в период подъема таковы же, как у гипертимов. В депрессивную фазу отрицательно влияет коренная ломка испытанного стереотипа, т. е. известного порядка занятий, отношений или обязательств. Чувствителен к коллективной проработке на собраниях.

Форма проявления дезадаптации.

Субдепрессия или депрессия с раздражительностью и придирчивостью не только к старшим, но и к сверстникам, с утомляемостью, вялостью, ипохондрическими жалобами, стремлением к “домоседству”, ощущением собственной несостоятельности и неуверенностью. Такое состояние может смениться эмоциональным подъемом, напоминающим гипертимный, с повышенной активностью, неусидчивостью, возбудимостью. При перегрузках возникает повышенная утомляемость с идеями самообвинения.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Реакции эмансипации и группирования обычно проявляются в период подъема настроения. Увлечения нестойкие, возникают в период подъема, а в период спада настроения забрасываются на время. Этому типу не свойственны грубые формы нарушения поведения. Делинквентное поведение может появиться в период подъема настроения. Склонность к приему алкоголя проявляется так же в период подъема, а в депрессивную фазу отсутствует. В период спада настроения под влиянием идей самообвинения могут совершаться попытки самоубийства, носящие аффективный характер.

Индивидуально-дифференцированный подход.

При контакте требуется гибкая тактика в зависимости от фазы, в которой находится подросток. При подъеме — как с гипертимными; при

спаде — ровное, теплое отношение, избегать критики и наказания, не фиксировать внимание на неудачах. Напоминание о том, что вскоре наступит подъем настроения, может облегчить состояние.

Лабильный (эмотивный+экзальтированный) тип

Основные признаки.

Частая, кажущаяся немотивированной смена настроения по несколько раз в день. Чувствительность к чужому мнению о себе, обостренная ранимость. На “пустяковые”, с точки зрения другого человека, раздражители может реагировать несообразно сильно. Акцентуация лабильного типа встречается у 20% подростков.

Провоцирующие факторы, “слабое место”.

Неловкая шутка, замечание в адрес подростка, грубость в присутствии сверстников, неудача, даже оторвавшаяся от костюма пуговица. Особо значимы для подростков этого типа отвержение со стороны близких значимых людей, разлука и утрата близких.

Форма проявления дезадаптации.

Переживания самого пессимистического характера по мелким поводам, унылое и мрачное расположение духа в ответ на неловкую шутку, которую взрослые забудут мгновенно. Возможны острые аффективные реакции, депрессии, неврозы. Лабильному подростку свойственна способность к сильным, глубоким чувствам, искренняя привязанность и дружба к родным и близким. На почве эмоциональных переживаний в аффективном состоянии возможно совершение самоубийства.

Возрастные реакции и Формы нарушения поведения.

Реакции эмансипации и группирования нестойкие подчинены перепадам настроения. Увлечения, в основном, информативно-коммуникативного характера — музыка, общение в компаниях, могут увлекаться заботой о домашних животных. Хобби могут носить и эгоцентрический характер, проявляющийся в стремлении понравиться окружающим, заслужить одобрение старших и сверстников.

Грубые нарушения поведения данному типу не свойственны. Алкоголь могут принимать в компаниях, в небольших дозах. Побегі совершают, в основном, вследствие избегания трудной ситуации, эмоционального отвержения, при побегіх обычно не совершают правонарушений. Иногда побегі могу носить и демонстративный характер. Сексуальная активность проявляется, в основном, в форме флирта и ухаживаний. Поскольку в подростковом возрасте сексуальное влечение обычно малодифференцировано, могут быть вовлечены более старшими в переходящий подростковый гомосексуализм.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Нуждаются в эмоциональной поддержке, близком друге-утешителе. Таким может стать психолог, педагог, социальный работник. Среда и трудовая деятельность должны быть равными, не создавать излишнего эмоционального напряжения. Избегать насмешек, подчеркивания недостатков и неудач. Напротив, почаще хвалить, ободрять подростка.

Сензитивный (тревожный) тип

Основные признаки.

В детские годы свойственна пугливость, страх темноты или животных с обычным бегством от опасности под защиту взрослых. Дети сторонятся сверстников, предпочитают играть в тихие игры, с младшими по возрасту. Чрезмерно привязаны к родителям, одноклассникам, с трудом общаются с новыми людьми. Постоянно ощущают свою неполноценность. Внутренняя неуверенность и самоуничижение может в 15–18 лет компенсироваться внешней бравадой.

Причина дезадаптации. “слабое место”.

Новая обстановка или коллектив, незнакомые лица, перемена класса, школы, места жительства. Плохое отношение окружающих, насмешки, подозрения в неблаговидных поступках. Для данного типа существенными являются отношения с близкими, тип семейного воспитания. Неблагоприятным типом является доминирующая гиперпротекция с постоянным контролем и лишением самостоятельности, которая усугубляет неуверенность и ощущение несостоятельности. Воспитание с эмоциональным отвержением также усиливает чувство собственной неполноценности. Воспитание с повышенной моральной ответственностью усиливает черты сензитивности и впечатлительности.

Форма проявления дезадаптации.

Отгороженность от сверстников, избегание общения с новыми людьми в детские годы. В 16–19 лет характер может преобразиться, девочки из робких и краснеющих превращаются в заводил на дискотеках, мальчики могут бравировать своими недостатками перед учителями¹ и родителями с целью преодолеть внутреннее чувство неполноценности. Могут стремиться стать старостами или редакторами стенных газет, но дезадаптируются, потерпев неудачу, так как не могут подтвердить своих амбиций в силу заниженной самооценки и неспособности утвердить себя.

Возрастные реакции и формы нарушений поведения.

Данному типу не свойственны подростковые реакции эмансипации и группирования. В то же время часты реакции компенсации и гиперкомпенсации; так, например, в конфликты и драки могут вступать для

преодоления внутренней неуверенности и робости. Увлечения носят, в основном, интеллектуально-эстетический характер — музыка (в том числе классическая), чтение, рисование. Возможны увлечения, носящие гиперкомпенсаторный характер — телесно-мануальные (спорт, восточные виды борьбы, бодибилдинг, шейпинг и пр.).

Нарушения поведения, например, побеги возникают чаще в результате психических травм. Особенности сексуального поведения состоят в выраженных переживаниях и самообвинениях по поводу онанизма, чувстве сексуальной неполноценности. Данному типу свойственно совершать суицидальные попытки под влиянием длительных неудачных переживаний, чувства неполноценности.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Подросток нуждается в длительных и постоянных разубеждениях, опровергающих его неполноценность. Возможна организация ситуаций, в которых подросток чувствует, что он “нужен другим”, например, общественные поручения.

Психастенический синдром

Основные признаки.

В детстве отличаются робостью, часто испытывают страхи, обычно проявляют “интеллектуальные” интересы. В подростковом возрасте — постоянная нерешительность. Принять решение или сделать выбор — самая трудная задача, причем после принятия решения вновь следуют долгие раздумья и сомнения о правильности сделанного шага. Люди этого типа — прирожденные пессимисты с опасением перед будущим и ожиданием неудач. Это буквоеды и педанты, стремящиеся путем предварительного обдумывания и тщательного планирования обезопасить себя.

Провоцирующие факторы, “слабое место”.

Наиболее сложными для подростков этого типа являются ситуации повышенной ответственности и необходимость принятия быстрых решений. Семейное воспитание по типу доминирующей гиперпротекции усиливает несамостоятельность и нерешительность этих подростков. Воспитание с повышенной моральной ответственностью приводит к усилению психастенических черт и может привести к неврозу с навязчивостями и страхами.

Форма проявления дезадаптации.

Декомпенсация проявляется редко, поскольку тревожные опасения касаются будущего, настоящие же трудности и невзгоды переносятся легко, с завидным спокойствием. Дезадаптация может проявляться в невротических заболеваниях.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Этим подросткам не свойственны возрастные реакции эмансипации и группирования. Наоборот, часто они проявляют патологическую привязанность к родителям, особенно к матери. Возможны реакции гиперкомпенсации в виде занятий спортом или появления

утрированной решительности и безапелляционных суждений. Увлечения обычно носят интеллектуально-эстетический характер. Возможно и коллекционирование, обычно также для удовлетворения интеллектуальных интересов, а не собственно для накопительства. Нарушения поведения у подростков этого типа обычно не встречаются.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Хорошо поддаются рациональному разубеждению. Однако склонность к самокопанию может свести метод убеждения на нет, так как лишь усугубит пустые рассуждения. Необходимо поощрение живого восприятия, реальной деятельности. Возможно рекомендовать занятия спортом (ходьба на лыжах, бег, езда на велосипеде), но без участия в соревнованиях.

Шизоидный тип

Основные признаки.

С детских лет предпочитают играть в одиночестве. Такие дети тянутся к взрослым, где легче молчать и оставаться наедине с собой. Имеются трудности в сопереживании чужим радостям и печалям. Замкнут, не умеет вступать в неформальные контакты, внутренний мир такого подростка остается закрытым и непонятым окружающим

Провоцирующие факторы.

Помещение в группу сверстников, например, летний лагерь или дом отдыха может привести к дезадаптации. Негативная реакция возможна и на стремление вовлечь в беседу, активное желание окружающих поговорить “по душам”. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции может усилить чувство отгороженности от сверстников и чужаковатость. На эмоциональное отвержение со стороны близких реагирует уходом в себя, еще большей отгороженностью от людей, недоверием к ним.

Форма проявления дезадаптации.

Полное замыкание в себе, усиление чувства одиночества. Иногда характерны непонятные чужаковатые поступки.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Реакция эмансипации проявляется своеобразно — в форме социальной некомфортности, критики в адрес существующих правил и норм.

Увлечения проявляются очень ярко, часто весьма необычны и прихотливы. Преобладают интеллектуальные или эстетические увлечения, встречаются и телесно-мануальные хобби, например, занятия гимнастикой, йогой.

Делинквентное поведение редко, однако могут совершать асоциальные действия ради “борьбы за справедливость” или ради какой-то идеи. Алкоголизация встречается редко, алкоголь принимают обычно для облегчения контактов со сверстниками. Склонны к приему других токсических веществ, поскольку те способны, по мнению подростков, усиливать способности к творчеству, фантазированию. Внешняя “асексуальность” сочетается с онанизмом, сексуальным фантазированием. Неумение ухаживать и вступать в контакты может приводить к перверсиям — подглядыванию за обнаженными половыми органами, эксгибиционизмом и др.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Подросткам этого типа трудно вступать в неформальный контакт. Легче это сделать, если начать разговор с его увлечений. Если же подросток начинает разговор сам, надо внимательно, не прерывая, выслушать его, дать ему возможность раскрыть свои внутренние переживания. Контакт один на один для него значительно проще, чем общение в группе. Стоит избегать помещения в группу, где он может стать объектом насмешек и издевательств. Можно помочь найти друга со сходными чертами характера.

Эпилептоидный тип

Основные признаки.

Подросткам этого типа свойственна вязкость, инертность, бережное соблюдение своих интересов и пренебрежение чужими. С учителями льстив, угодлив, в компании сверстников — деспот. Часто обладает хорошими ручными навыками, в работе аккуратен, старателен. В конфликте несдержан, агрессивен, груб. Склонен к затяжным периодам злобно-тоскливого настроения со стремлением сорвать зло на окружающих.

Провоцирующие факторы.

Дезадаптация может быть вызвана ущемлением эгоистических интересов и привилегий, особенно материальных, а также ограничением возможности проявить власть. Отсутствие эмоционального тепла в семье, жестокое обращение усиливает агрессивность и конфликтность, неумение сдерживать приступы гнева.

Форма проявления дезадаптации.

В ответ на провоцирующие факторы может в любой обстановке да-

вать взрыв злобного аффекта, проявляя агрессию как в вербальной, так и в физической форме, без учета последствий своих действий. Подолгу не прощает обид.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Подросткам этого типа свойственна выраженная реакция эмансипации, которая при неблагоприятных обстоятельствах приводит к побегам и даже полному разрыву с семьей. Группирование со сверстниками происходит, если группа дает подростку власть или позволяет извлечь личную выгоду. Увлечения носят чаще накопительный характер, рано приобщаются к коммерции. Делинквентное поведение связано обычно с корыстными целями, склонны к азартным играм.

Выражена опасность быстрого развития алкоголизма в подростковом возрасте: При опьянении злобен, пьет, пока полностью “не отключится”, может совершать асоциальные действия. Сексуальное влечение возникает рано, носит выраженный характер. Влечение сопровождается грубыми проявлениями ревности. Склонны к сексуальным отклонениям — гомосексуализму, сексуальному насилию.

Индивидуально-дифференцированный подход.

При коррекции можно опираться на положительные стороны личности — аккуратность, бережливость, способность к ручному мастерству, трезвость расчетов. Стремление заботиться о своем здоровье может быть использовано для убеждения отказаться от алкоголя. В беседах стоит обратить внимание подростка на то, что отрицательные черты характера — взрывность, склонность к злобно-раздражительному настроению могут повредить самому подростку — его здоровью, карьере, материальному благополучию. В профессиональных рекомендациях следует учитывать имеющиеся способности, предпочтение отдаваться работе, требующей аккуратности, тщательности.

Истероидный (демонстративный) тип

Основные признаки.

С детства подростки этого типа привыкли быть центром внимания. Крайне эгоцентричны, обладают ненасытной жадой внимания к своей особе, стремятся любыми средствами добиваться восхищения, признания, сочувствия, при этом порой ненависть и негодование в свой адрес предпочитают безразличию. Частое прибежище истероидов — кружки художественной самодеятельности при клубах и домах культуры.

Провоцирующие факторы, “слабое место”.

Страх лишиться ореола исключительности, страх публичного разоблачения несостоятельности претензий и амбиций, лживости и истери-

ческого фантазирования. Формированию демонстративных черт характера способствует воспитание по типу “кумир семьи” и потворствующей гиперпротекции.

Форма проявления дезадаптации.

Преувеличение своих способностей, рассказы о несуществующих “подвигах” или способностях, фантазирование. Любые действия, способные привлечь утраченное внимание, в том числе и неадекватные или экстравагантные.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Реакции эмансипации, проявляющиеся в основном на словах, в форме громогласных требований свободы. Внешние проявления, в том числе и побеги, носят демонстративный характер. Часто проявляется реакция оппозиции с требованиями вернуть утраченное внимание. Общение в группе сверстников сопряжено с претензиями на лидерство или исключительность. Могут менять группу, если оказались разоблаченными во лжи или несостоятельности притязаний. Увлекаются подростки истероидного типа тем, чем можно привлечь к себе внимание, часто выбирают для этого оригинальные занятия или занятия с явными внешними атрибутами. В сексуальном поведении больше игры, театральности, часто преувеличивают свой сексуальный опыт.

Большинство поведенческих нарушений, в том числе алкоголизация и даже суицидальные попытки, носят несерьезный, демонстративный характер и служат целям привлечения внимания.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Подростки этого типа наиболее трудны для коррекционных мероприятий. Стратегией превентивных и коррекционных мер может быть поиск сферы, где эгоцентрические устремления подростка, его желание быть в центре внимания могли бы быть удовлетворены безболезненно для окружающих. Ни в коем случае нельзя “подкреплять” демонстративное поведение, оно должно встречать отрицательное отношение, но без публичного разбирательства. Истероида можно “поощрять” вниманием за его положительные действия.

Неустойчивый тип

Основные признаки.

Подростков этого типа все время тянет к развлечениям, причем не требующих волевых усилий. Безволие относится к учебе, к работе по дому, к общественной активности. Они не способны к деятельной активности — как общественно полезной, так и делинквентной. С 12–14 лет начинают выпивать, бродить по улицам, заниматься мелким воровством.

У таких подростков отсутствует желание учиться и работать, они безразличны к будущему, не способны на настоящую дружбу.

Провоцирующие факторы, “слабое место”

Бесконтрольность с раннего возраста, гипоопека, отсутствие внимания и контроля, целенаправленного воспитания и формирования волевых качеств.

Форма проявления дезадаптивности.

Невозможность усвоения морально-этических нормы, различные формы нарушения поведения, невозможность закончить учебные заведения из-за прогулов и отсутствия интереса к учебе.

Возрастные реакции и формы нарушения поведения.

Легко вовлекаются в группы, в том числе в асоциальные, где подражают всему дурному. Легко идут на совершение правонарушений в группе. Увлекаются поп-музыкой, смотрят развлекательные фильмы. Склонны подражать артистам, героям фильмов, причем чаще выбирают отрицательных персонажей.

Очень склонны к делинквентному поведению — кражам, разбою, хулиганству. Высока склонность к алкоголизации и приему других одурманивающих средств. Рано, уже в подростковом возрасте, может возникать алкоголизм или токсикомания. Часты побеги из дома, которые служат стремлению избежать наказаний или трудностей, при побегах вступают в асоциальные компании.

Индивидуально-дифференцированный подход.

Для профилактики нарушений подросткам этого типа необходимо твердое, даже властное руководство. В отличие от большинства подростков, в данном случае показан строгий режим, дисциплина, страх наказания. Возможно помещение в уже сформированную группу с положительными установками.

5.1.2. Индивидуальные сессии с пациентом

Индивидуальная работа с пациентами нашего стационара проводится в определенной форме, в зависимости от основного диагноза пациента. Индивидуальная психологическая работа с пациентом может иметь следующие формы: психологическое консультирование, психологическая коррекция, индивидуальная психотерапия, индивидуальная арт-терапия и символдрама, индивидуальная игровая терапия, индивидуальная сказкотерапия, песочная терапия. Формат работы с каждым пациентом выбирает его ведущий психолог. Нередко к нам поступали пациенты с основным психиатрическим диагнозом, таким как олигофрения, психопатические расстройства, эпилепсия, отклонения шизофренического.

Некоторые из них с трудом удерживаются в формате группового процесса, в связи с чем ведущий группы может не брать такого пациента в связи с негативным влиянием на остальных участников процесса. В таком случае на ведущего психолога ложится дополнительная задача — повысить адаптационные способности пациента и по возможности постепенно присоединить его к групповому формату. В таких случаях психолог проводит с пациентом психокоррекционные занятия. Они могут быть направлены на развитие когнитивной, эмоционально-волевой сферы.

Психологическое консультирование подразумевает работу с пациентами, готовыми сформулировать запрос на работу с психологом. Нередко их запрос совсем не совпадает с запросом родителей или целями центра. Как уже упоминалось, наши пациенты часто имеют низкую мотивацию не только на госпитализацию, но и на прекращение употребления в принципе. Цели психологического консультирования определяет ведущий психолог. Это могут быть как цели, связанные с наркологическим диагнозом (формирование мотивации на прекращение употребления, повышение критики к последствиям употребления ПАВ, работа с причинно-следственными связями употребления и др.), так и цели общего психологического характера: работа с детской травмой (развод, усыновление, потеря близкого человека, употребление ПАВ другими членами семьи), развитие навыков социальной адаптации, работа со страхами, тревогой, агрессией, развитие навыков планирования и целеполагания и многие другие.

Во время работы с пациентом психолог может использовать и невербальные методы психотерапии, включая их в процесс консультирования (техники арт-терапии, телесно-ориентированной терапии) или проводя как отдельные полноценные сессии (песочная терапия, символдрама).

5.1.3. Семейные психологические консультации

Семейные психологические консультации подразумевают занятия родитель/родители/опекун + ребенок + психолог. В некоторых случаях к консультации может присоединиться консультант по химической зависимости. В идеальном варианте семейные сессии должны проводиться каждую неделю в одно и то же время в определенный день продолжительность 50–60 минут. К сожалению, низкая психологическая грамотность родителей наших пациентов зачастую формирует у них пассивную реабилитационную позицию. Часто родители избегают участия в психологической работе, ссылаясь на занятость. Кроме того, родителям бывает трудно выдерживать ту реальность, которая проявляется на консультациях, и они после нескольких сеансов под различными предлогами начинают пропускать занятия.

Семейное психологическое консультирование с использованием методов арт-терапии

Медицинский психолог Тулушева Е. С.

Семейное консультирование на сегодняшний день является все более распространенным методом психологической работы по гармонизации отношений между ее членами. Вербальные техники взаимодействия не всегда являются достаточно эффективными в работе с детско-родительскими взаимоотношениями. Существует необходимость использования невербальных методов психологической работы, позволяющих снизить тревожность и контроль собственных переживаний у участников процесса.

В случае психологического консультирования детей старшего школьного возраста и подростков, инициатива обращения к психологу обычно исходит от одного из родителей. В таких случаях родитель чаще всего обращается с жалобами на ребенка, его поведение и просьбами научить ребенка корректно общаться и взаимодействовать с родителями. Таким образом, ответственность за неадекватное или конфликтное поведение подростка полностью перекладывается на него самого.

Однако для решения поставленной задачи часто требуется работа с парой родитель-ребенок, а не с одним из них, поскольку патологические механизмы взаимодействия закладываются в процессе воспитания еще с раннего детства, и изменение их возможно только при совместной работе всех участников этого процесса.

В большинстве случаев на работу с психологом соглашаются матери. Это связано не только с их большей вовлеченностью в процесс воспитания ребенка, но и с все более удручающей статистикой роста бракоразводных процессов, в результате которых ребенок обычно остается с матерью. По разным данным, число неполных семей, то есть семей, состоящих из одного родителя с ребенком (детьми), может составлять от 13% (по статистическим данным) до 40–45% (фактически существующих) от общей численности семей. Несмотря на существование неполных семей, состоящих из отца с детьми, чаще всего это семьи, в которых есть только мать. В некоторых случаях отцы таких детей проживают совместно с матерями, но официально не заключают брак, но чаще встречаются ситуации, когда мать ребенка растит его одна.

Участие в психологическом процессе и матери и ребенка позволяет более эффективно работать над гармонизацией их взаимоотношений, благодаря возможности для психолога наблюдать целостную картину проблемы. Использование техник арт-терапии в качестве дополни-

тельного инструмента в процессе психологического консультирования матери и ребенка позволяет решить сразу несколько задач. Во-первых, техники совместной работы в арт-терапии дают матери и ребенку опыт новых способов взаимодействия друг с другом. Во-вторых, арт-терапия позволяет выявить проблемные ситуации, которые по каким-либо причинам не могут быть сформулированы участниками вербально. В-третьих, арт-терапия как невербальный метод позволяет снизить тревожность и напряженность участников, за счет большего упора на работу бессознательного содержания психики. Кроме того, участники могут получить опыт выстраивания личностных границ, совместного решения проблемы, новых способов гармоничной продуктивной работы.

Одним из первых упражнений арт-терапии, которое может быть использовано уже на первых сеансах, является «Диалог». Данное упражнение может быть использовано не только как терапевтический, но и, прежде всего, как диагностический метод.

Упражнение 1: «Диалог».

Инструменты: лист белой бумаги формата А3, цветные мелки жирной пастели.

Инструкция: Выберите, пожалуйста, каждый по одному мелку любого цвета. Желательно, чтобы Ваши мелки были контрастных цветов. Ваша задача: молча «пообщаться» друг с другом с помощью мелков и листа бумаги. Мелками меняться нельзя. Вам дается 10 минут.

На данном этапе эта техника предоставляет возможность психологу получить диагностический материал по принятым в семье способам взаимодействия матери и ребенка, распределению ответственности и прав. Кроме того, в процессе работы можно также наблюдать степень агрессивности и активности участников, их открытость или замкнутость, доступность контакту. В этом упражнении проявляются наиболее актуальные для матери и ребенка проблемы, их претензии друг к другу, привычные способы разрешения проблемы или избегания ее, защитные механизмы участников.

После окончания упражнения проводится анализ работы. Участники делятся своими чувствами, переживаниями. Особое внимание следует обратить на распределение рисунков на листе, на соотношение площади рисунков матери и ребенка. Некоторые участники с самого начала мысленно или даже мелком делят лист на две части и рисуют соответственно каждый только на своей. Другие же пары наоборот вступают в активный «диалог», рисуя по очереди, внимательно наблюдая за рисунком напарника, дорисовывая его, предлагая темы для обсуждения. С участ-

никами процесса необходимо проговорить все детали, акцентируя их внимание на проговаривании своих чувств и переживаний, возникавших как во время процесса рисования, так и во время обсуждения, как реакция на вопросы психолога.

Данное упражнение можно использовать как единожды, так и регулярно на каждой встрече, как методику для разогрева, позволяющую выявить наиболее актуальный запрос для данной встречи. Постепенно можно уменьшать или наоборот увеличивать размер листа, повышая степень тревожности участников, с целью проработки проблемы на более глубоком уровне. Так при выявлении у участников таких личностных черт как замкнутость, ригидность, эпилептоидность, стоит постепенно увеличивать формат листа, повышая, таким образом, напряжение, тревожность, в результате чего проблематика будет усиливаться, эмоционально растормаживая участников процесса. В случае же преобладания таких личностных черт как демонстративность, эмоциональность стоит постепенно уменьшать формат листа, повышая напряжение участников, в результате чего они будут поставлены в новые более жесткие рамки.

После каждого выполнения упражнения необходимо обсуждать процесс, чувства и состояния участников, трудности, которые у них возникали. Регулярное акцентирование внимания участников на их собственных чувствах и переживаниях является такой же важной и эффективной частью упражнения, как и само рисование. Оно позволяет привить навыки вербального взаимодействия и проговаривания проблемы или претензии друг другу.

Поведение подростка, его образ жизни, приоритеты могут быть не только непонятны родителям, но и иногда идти вразрез с их моральными ценностями. В таких случаях напряжение и конфликтность, достигая своего апогея, могут выливаться в обвинения, подчеркивающие полное различие между родителем и ребенком, отсутствие чего-либо общего. В свою очередь подобные намеки или прямые обвинения еще больше отдаляют друг от друга мать и ребенка, оставляя все меньше шансов для конструктивного диалога, вытесняя, таким образом, здоровые формы общения и взаимодействия. В таком случае классическое вербальное семейное консультирование пары мать-ребенок с психологом не всегда может быть эффективным. Арт-терапия, в упражнениях которой личностные границы достаточно размыты, а контроль сознания ослабевает благодаря безопасному взаимодействию, позволяет участникам более наглядно увидеть способы решения их проблемы. Одним из наиболее эффективным в таких случаях является упражнение «Мы похожи».

Упражнение 2: «Мы похожи».

Инструменты: аквагрим, кисточки для аквагрима, большое зеркало.

Инструкция: Мать и ребенок просто сидят и ждут, пока психолог нанесет на их лица одинаковый рисунок или маску. Содержание, размер, вид рисунка выбирается психологом исходя из его выводов об актуальных темах пары, его способностей к рисованию. Главное, чтобы оба рисунка/маски были абсолютно одинаковыми. После нанесения грима, мать и ребенок поворачиваются к одному большому зеркалу и смотрят друг на друга. После чего происходит обсуждение чувств во время процесса нанесения грима и после просмотра себя в зеркале.

В данном упражнении рисунок на лицах может быть абсолютно простым и любого размера. Во многом выбор его зависит от способности психолога рисовать, так как основная задача состоит не в том, чтобы создать художественный шедевр, а в том, чтобы сделать оба лица похожими друг на друга. Психологический эффект достигается после просмотра себя в зеркале. В данном случае искусственно созданное внешнее сходство помогает матери и ребенку наглядно увидеть ту глубинную связь между ними, которая постоянно подвергается отрицанию в результате конфликтных ситуаций.

Данное упражнение не может быть использовано на первых сеансах работы, оно требует создания достаточно прочного безопасного психологического пространства для всех участников процесса, а также доверительного отношения к психологу. Кроме того, участники должны сами дать согласие на это упражнение, при этом получив полную информацию о том, как долго и каким способом будет нанесен рисунок. В случае если согласие дано лишь формально, и один из участников проявляет признаки дискомфорта или напряжения, стоит отложить использование данного упражнения и обсудить причины такой реакции. В противном случае во время упражнения может появиться риск внезапного и резкого отказа от его завершения, без каких-либо объяснений. В таком случае оно не только не будет эффективным, но и внесет определенный деструктивный компонент в психологический процесс. При такой ситуации стоит заострить момент отказа и использовать его как тему для обсуждения. Кроме того, в этом случае можно предложить некую модификацию данного упражнения «Давай станем похожи».

Упражнение 3: «Давай станем похожи».

Инструменты: два набора одинакового аквагрима и кисточек, заранее приготовленный максимально простой рисунок-маска на бумаге, большое зеркало.

Инструкция: С помощью аквагрима нанесите, пожалуйста, каждый себе на лицо предложенный Вам обоим вариант рисунка. Постарайтесь максимально точно его нанести.

В данном упражнении, в отличие от предыдущего, рисунок мать и ребенок наносят себе сами. Таким образом, снимается дополнительное напряжение от прикосновения постороннего человека к лицу — той части тела, которая является некой визитной карточкой не только внешности, но и внутреннего мира человека. Кроме того, мать и ребенок в данном упражнении сами делают себя похожими друг на друга, то есть фактически сами создают в себе что-то общее. Психолог должен выбрать адекватно простой рисунок, который смогут скопировать оба участника, при этом на бумаге рисунок должен быть также нанесен на нарисованное лицо, показывая точную схему расположения элементов относительно основных частей лица. Чем проще и понятнее будет схема, тем более точно ее скопируют участники, тем более схожими будут их разрисованные лица.

В данном упражнении особую роль играет обсуждение чувств и эмоций участников во время процесса рисования и после него, при просмотре результатов. От психолога требуется постоянная рефлексия внимания матери и ребенка на их собственных переживаниях, эмоциях и телесных ощущениях.

Таким образом, использование в семейном консультировании методов арт-терапии, дает целый ряд дополнительных преимуществ перед просто вербальным консультированием. Методы арт-терапии являются неким посредником при общении участников процесса на символическом уровне. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, конфликты, воспоминания. Кроме того, арт-терапия предоставляет возможность для выражения агрессивных чувств в социально приемлемой форме. Рисование не только является безопасным способом разрядки напряжения, но и при этом позволяет все же «заявить» другим участникам процесса о наличии этих чувств, то есть признать и принять их и продемонстрировать. Также использование методов арт-терапии позволяет ускорить прогресс психологического процесса. Конфликты и внутренние переживания легче выражаются при помощи зрительных образов, нежели при помощи разговора. Невербальные формы коммуникации могут с большей степенью вероятности избежать цензуры сознания. Кроме того арт-терапия дает основания для интерпретаций и диагностики. Содержание и стиль художественной работы предоставляют значительный объем

информации психологу, кроме того, сам автор или авторы могут внести определенный вклад в интерпретацию своих собственных творений. Арт-методы позволяют работать с мыслями и чувствами, которые могут казаться непреодолимыми участнику процесса. Иногда только невербальные средства оказываются инструментами, вскрывающими и проясняющими чувства. В случае использования арт-методов в семейном консультировании элементы совпадения в художественном творчестве матери и ребенка могут ускорить развитие эмпатии и положительных чувств по отношению друг к другу. Особое преимущество от использования арт-терапии заключается в развитии у ее участников внимания к собственным чувствам и переживаниям, а также, в случае консультирования матери и ребенка, к чувствам и переживаниям друг друга. Рисование позволяет прояснить зрительные и кинестетические ощущения и дает возможность поэкспериментировать с ними в безопасных для участников условиях.

5.2. Групповая психологическая работа

5.2.1. Тренинг социального взаимодействия

Эта форма работы отличается от остальных не столько подбором упражнений, сколько составом участников — в нем принимают участие, как пациенты центра, так и практически все сотрудники, непосредственно работающие с детьми в этот день: медсестры, воспитатели, психологи, врачи. Идея этого тренинга возникла, как результат творческого стремления создать для детей цикл командообразующих занятий. При взгляде со стороны показалось целесообразным включить в такую работу и персонал центра.

Цель тренинга — формирование более доброжелательного, открытого и конструктивного стиля взаимодействия в коллективе.

По мере развития этого направления и привнесения новых форм работы, расширился и круг задач:

- формирование большего доверия, открытости в отношениях;
- изменение ригидных, ограничивающих стереотипов восприятия взрослых и детей, как с той, так и с другой стороны;
- освоение новых форм и способов взаимодействия, решения задач, как в гомогенной, так и в гетерогенной возрастной группе;
- просто получение удовольствие от совместного общения.

Надо также отметить, что выбор подобного формата работы предоставляет возможности, недоступные в других вариантах. Прежде всего, потому, что, хотя количество членов группы бывает достаточно велико

(до 35–40 человек), а это сильно усложняет работу, процентное отношение зрелых, ответственных, позитивно ориентированных участников к общему числу больше, чем в любых других групповых формах работы. Таким образом, групповой феномен подражания и взаимного научения здесь играет положительную роль.

Кроме того, взрослые, участвующие в тренинге (за исключением двух ведущих) по статусу и возможностям проявления своей активности уравниваются с подростками и, таким образом, снимаются многие предубеждения, появляется больше свободы и больше возможностей установления личностных, искренних отношений, более очевидна роль взаимного влияния.

Немаловажной составляющей общего процесса является поведение взрослых, в том числе и их взаимодействие между собой: способы выражать свое мнение, отстаивать свою точку зрения, договариваться, искать решение задачи, определять меру своего участия, оценивать результат, делиться своими чувствами, мыслями, наблюдениями, поддерживать и конфронтировать, проявлять недовольство, восхищение, заботу и многое другое. Поскольку здесь имеет место реальный опыт, причем в обстановке обычно довольно эмоционально заряженной, он оказывает гораздо большее влияние на подростков, чем разговоры «о том, как надо».

Еще одна возможность — привлечение в качестве соведущего одного из пациентов, достаточно взрослого, адекватного и уже имеющего значительный опыт участия в подобных тренингах (то есть уже завершающего курс реабилитации). Это сугубо добровольный вклад со стороны подростка, который обсуждается с ним за несколько дней до проведения тренинга, вместе же составляется план и распределяется ответственность ведущих.

Весьма условно можно выделить три возможных «мишени» работы:

1. Атмосфера в коллективе в целом.

Имеет смысл выбирать такой фокус работы, когда пришло много новеньких, или когда возникают отдельные подгруппы в среде подростков, или когда отношения между ребятами становятся довольно напряженными, появляются аутсайдеры, «козлы отпущения».

В таких случаях целесообразно выбирать упражнения, ориентированные на общекомандное решение задачи, одной или несколькими командами, возможно даже с элементами конкуренции, но состав команд ни в коем случае не должен совпадать со сложившимися в коллективе подгруппами.

Подходящие упражнения, например, «Плот», «Круг», «Завяжи узел», «Скульптура», «Бревно», «Кольцо»

2. Взаимодействие в парах, главным образом, взрослых и подростков.

Такой фокус работы скорее является ресурсным и не имеет прямых показаний, можно выбирать такое направление и в ситуации стабильно позитивной, и в случае напряжения между пациентами или пациентами и сотрудниками.

К подходящим упражнениям можно отнести: «Слепец и поводырь», «Спина к спине», «Лабиринт».

3. Тематическая направленность (агрессия, поддержка, ответственность, выбор).

Ориентация на определенную тему вытекает из осознания уровня развития коллектива, тех задач, которые перед ним стоят, или, наоборот, игнорируемых (непроявленных) аспектов реальных взаимодействий.

К такого рода упражнениям относятся: «Плот с акулами», «Ужасно-прекрасный рисунок», «Колокол», «Доверяющее падение», «Скала», «Марионетка».

Условия проведения занятий:

Занятия проходят в достаточно большом, хорошо проветриваемом помещении, где все участники (в нашем случае до 40 человек) могут сесть в круг так, чтобы каждый видел остальных участников. Желательно предусмотреть возможность использования крупных модулей мягкого конструктора. Другой мебели (кроме стульев или кресел), иных предметов в помещении быть не должно.

Этот тренинг рассчитан на участие всех пациентов центра, независимо от возрастных, личностных и социальных особенностей. Более того, разнообразный состав дает возможность наиболее эффективно использовать ресурсы взаимодействия. Единственным противопоказанием является физическое самочувствие пациента — медицинский отвод.

Продолжительность одного занятия — 70–90 минут.

Структура занятия

1. Настрой на работу (10–15 минут)

Задаются ведущими, которые в случае необходимости кратко объясняют новым участникам цели и формат работы, а затем предлагают по кругу ответить на один два достаточно лаконичных вопроса. Например: оценить свою работоспособность по шкале от 0 до 10, или готовность активно включаться в процесс в процентном выражении, определить свое настроение сейчас или назвать чувства, обозначить свои ожидания от тренинга. Возможны варианты: сравнить свое состояние с погодой,

природой или обозначить качество, которое участник готов привнести в работу тренинга, начинающееся с той же буквы, что и его имя.

2. «Разминка» (10–20 минут)

Одно-два небольших «разогревающих» упражнения с целью мобилизации активности участников и по возможности «погружения» в тему работы.

3. Содержательный блок (40–50 минут)

Выбирается, как уже отмечалось выше, исходя из общей атмосферы в коллективе и целей коррекционной работы.

4. Обсуждение (20 минут)

Возможно два варианта: поочередное высказывание каждого участника по кругу, что дает возможность высказаться всем участникам, что в условиях не слишком высокой мотивации и определенного лимита времени, является предпочтительным. Обсуждение организуют ведущие, которые наряду с общими вопросами (что понравилось? чем запомнилось? какова была твоя роль? что хотелось изменить?), по возможности дают обратную связь участникам в виде вопросов или комментариев.

Варианты «разминок»

1. «Приветствие»

Участники встают в круг. Два игрока (начинают ведущие), стоящих напротив друг друга, выходят в центр и, двигаясь в одну сторону, здороваются с каждым из участников, глядя в глаза и пожимая руку. Когда они проходят полный круг, подключаются следующие два участника, и так далее. Другой вариант — соприкасаться локтями, головами, плечами...

2. «Кролик и койот»

В круг помещаются две мягкие игрушки, одна из них «кролик», другая — «койот». «Кролика» можно передавать только ближайшему соседу, но в любом направлении, «койот» может перепрыгивать, перелетать любые расстояния. Задача «койота» — догнать «кролика». Тот игрок, у которого окажутся обе игрушки одновременно, выходит из игры.

3. «Слон, жираф, крокодил»

Все участники встают в круг, водящий в центре. Он случайным образом показывает на какого-нибудь участника и говорит «слон», «жираф» или «крокодил». Тот, на кого указали и два его соседа справа и слева должны изобразить это животное. «Слон» — игрок в середине выставляет руки вперед и вверх «бивнями», а его соседи изображают руками уши сбоку. «Жи́раф» — игрок в середине поднимает руку вверх, а его соседи складывают пальцы в кольцо, изображая пятнышки на спине. «Крокодил» — игрок в середине изображает руками «пасть», а его соседи

растопыренные веером пальцы прикладывают к его спине, изображая гребень. Игра проходит в быстром темпе. Тот, кто ошибся или замешкался — становится водящим.

4. «Птицы, блохи, пауки»

Участники делятся на две равные команды. Они расходятся в разные стороны (к противоположным стенам) и договариваются, так, чтобы другая команда не слышала, кем они будут, вся команда либо блохи, либо птицы, либо пауки. Потом сходятся на середине помещения, выстраиваясь в две линии напротив друг друга. По сигналу ведущего обе команды одновременно показывают знак, изображающий их животное. При этом блохи кусают птиц, пауки едят блох, а птицы клюют пауков. Соответственно, блохи, например, должны убежать от птиц, если они коснулись своей стенки, они спасены, если птицы их поймали раньше, ни переходят в другую команду. И команды опять договариваются, кем они будут. Если задуманы одинаковые животные, обе команды расходятся без потерь.

5. «Молекулы»

Участники — «атомы» — хаотично двигаются по помещению, прижав ладони к плечам и расставив в стороны локти. По команде ведущего они должны объединиться в «молекулы» из двух, трех, пяти и т. д. «атомов», в зависимости от числа, названного ведущим.

6. «Снежный ком»

Ведущий дает задание по очереди назвать участникам свое имя и хобби (или любимый фильм, дурацкое желание, чувство, испытываемое прямо сейчас и т. д.). Сложность в том, что каждый должен не только сказать за себя, но и воспроизвести сказанное участником за три человека до него.

7. «Распределиться по...»

Участникам предлагается молча выстроиться в линейку по определенному признаку (дням рождения, настроению прямо сейчас, степени активности и т. д.).

8. «Путаница»

Двум желающим предлагается выйти за дверь (или отвернуться). В это время остальные участники берутся за руки, образуя общий круг и запутываются, не отпуская рук как можно более изошренно. Задача водящих — распутать.

Игры для содержательного блока

Название	Описание
«Плот»	На полу бумажным скотчем или мелом обозначается прямоугольник сравнительно небольшого размера, так, чтобы все участники смогли разместиться внутри, но с некоторым усилием (на 30–40 человек примерно 1,5 на 2 метра). Участникам сообщается, что они потерпели кораблекрушение и единственная возможность для них спастись — всем встать на плот так, чтобы хотя бы в течение 30 секунд всем удержаться равновесие, не заступая за черту. Но спастись они могут только все вместе, если кто-то один не попадает на плот — все тонут. Они могут использовать любые варианты «уплотнения» и когда все разместятся на плоту, дают сигнал ведущему, тот смотрит, нет ли заступов, и начинает 30 секундный отсчет. Если все удержались, задание усложняется. Игрокам предлагается сойти с плота и сообщается, что в море водятся акулы, которые отгрызли кусок плота (какого размера ведущий смотрит по обстоятельствам). Затем все игроки должны опять разместиться на уменьшившемся плоту. Если они справляются с этой задачей — аплодисменты и всем предлагается сойти с плота и оценить, на какой небольшой площади им всем удалось разместиться.
«Плот с акулами»	Из нескольких довольно больших листов бумаги (или обоев) бумажным скотчем склеивается полотно, размером примерно с простыню. Участникам, как и в предыдущем упражнении, предлагается разместиться на плоту, это не должно быть очень сложно. После того как все разместились и зафиксировали свою позицию, появляются «акулы», вначале это ведущие, они обрывают все свободные края бумаги, на которых никто не стоит. Затем каждый участник должен изменить свое местоположение. Те, кто не удержался на плоту во время этих перемещений и хотя бы одной ногой наступил на пол (за чем внимательно следят ведущие), становятся «акулами». Оставшиеся фиксируют свою позицию, и все продолжается по кругу до тех пор, пока на плоту не останутся 3–5 человек в зависимости от начального количества участников. Они — победители!
«Бревно»	На полу с помощью мела, бумажного скотча или листов формата А4 обозначается «бревно» (если занятие происходит на улице можно воспользоваться бордюром тротуара). Участники встают на «бревно» и должны поменяться местами так, чтобы каждый прошел всех участников и встал на противоположном конце. Если участник хотя бы одной ногой коснется пола (земли) за пределами «бревна» — он начинает сначала (более жесткий вариант — вся группа начинает сначала).

«Скала»	Все участники образуют плотную цепь, стоя прижавшись друг к другу или держась локтями, цепь может изгибаться, изображая «скалу». На расстоянии 5–15 сантиметров от носков участников выкладывается веревка, обозначающая обрыв в пропасть. Задача участников по очереди пройти вдоль всей «скалы» и не сорваться в пропасть, при этом за «скалу» можно держаться. Прошедший игрок становится в конец цепи и превращается в ее часть. Когда это сравнительно простое задание выполняется, задача усложняется. Теперь «скала» может становиться рельефной, более сложной для прохождения, с выступами и впадинами (игроки могут выставлять локти, ноги, сгибаться пополам, приседать на корточки). Единственное условие — «скала» должна оставаться монолитной, неподвижной и «держат форму», для этого участникам, как правило, приходится держаться друг за друга.
«Кольцо»	Для этого задания удобно взять спортивный обруч или что-либо подобное, который вертикально держится ведущим на высоте примерно метр от пола. Все участники выстраиваются по одну сторону от обруча, по другую сторону надо обязательно положить несколько матов. Каждый игрок должен пролезть через обруч, не касаясь его. При этом все остальные участники могут помогать ему стоя там, где им позволяет игровая позиция (пока не пролезли через обруч — перед ним, когда пролезли, с другой стороны). Поэтому самой сложной оказывается задача первого и последнего игрока. Если обруч будет задет — команда начинает путь сначала.
«Слепец и поводырь»	Участники делятся на пары (взрослый и ребенок). Одному завязывают глаза, он «слепец», другой — его «поводырь». Из мебели, конструктора и подручных средств организуется разнообразно структурированное пространство. Задача «слепца» — познакомиться с этим пространством, задача «поводыря» — помочь ему, сделать это путешествие интересным и безопасным. Контакт между «слепцом» и «поводырем» может быть в зависимости от инструкции тактильным или вербальным, или и тем и другим. Через некоторое время участники меняются ролями.
«Лабиринт»	Участники делятся на пары (ребенок и взрослый). Одному завязывают глаза. Ведущие из подручных средств выстраивают «лабиринт», который должен пройти игрок с завязанными глазами. Его партнер может ему помогать либо словесными инструкциями, либо направляя руками, в зависимости от того, как ставит задачу ведущий. Потом участники меняются ролями.
«Спина к спине»	Участники делятся на пары (взрослый и ребенок), желательно примерно равные по росту и комплекции. Встают спинами друг к другу, цепляются локтями. Задача — не отрывая спин сесть на корточки и встать. Более сложный вариант — сесть на попу и потом встать.

«Колокол»	Добровольцы выходят в центр и выбирают себе из числа участников 5–7 человек, которым они больше всего доверяют. Избранные образуют плотный круг, доброволец встает в центр, закрывает глаза и, не отрывая ступней от пола, начинает раскачиваться, остальные ладонями бережно поддерживают его, «передают» друг другу.
«Доверяющее падение»	Один из участников падает на сцепленные руки остальных с более высокой позиции, спиной. Задача группы — его не уронить. Группа при этом стоит в два ряда лицом друг к другу и держит руки согнутыми в локтях под углом в 90° градусов открытыми ладонями вверх. Руки ловящих чередуются, ноги подпружинены, опорная нога отставлена назад. Один из тренеров следит за готовностью группы поймать падающего, руководя ее построением. Другой стоит лицом к падающему, следя за тем, чтобы руки падающего были скрещены, сцеплены в замок, вывернуты и притянуты к груди. Помимо этого падающий должен распределить свой вес и вытянуться, упав «свечкой» прямо назад. Перед падением он задает вопрос группе: «Падать можно?». Группа должна дружно ответить: «Можно!», потом он задает второй вопрос, но уже тренеру, руководящему группой: «Падать?» и если тренер отвечает: «Падай!», то он выполняет упражнение. Пока четких ответов не получено — падать нельзя. После того, как группа поймает упавшего, желательно подержать его на руках и немного покачать. Опускать участника на пол следует, начиная с ног.
«Скульптура»	Участникам предлагается построить скульптуру чего-либо. В зависимости от темы это может быть: чувство, состояние, настроение; машина, велосипед, карета, самолет; фильм, песня, пословица и так далее. Участники, согласно инструкции могут выполнять это либо всей группой, либо разбившись на 2–4 подгруппы. Можно выбрать или назначить скульптора, которые используют остальных участников как «живую глину», либо все принимают активное участие в строительстве. Можно ввести соревновательный момент — тогда одна команда должна угадать, что показывает другая. Наконец, скульптура может «оживать» и двигаться.
«Завяжи узел»	Участникам предлагается либо взявшись за руки, либо взявшись обеими руками за веревку, завязать из этой живой цепи узел. Если участники держатся за веревку, они не могут отпускать или перехватывать ее, но могут скользить по ней и узел на веревке должен быть завязан так, чтобы в центре этого узла не было ничьих рук. Если игроки держатся за руки — они не должны их расцеплять. Целесообразно разбить группу на две или даже три части, чтобы все участники были более активно вовлечены в процесс, и конкурентный момент усиливал интерес. Когда команды справятся с заданием, им предлагается «развязаться» на время.

«Марионетки»	Добровольцы (3–4 человека) выходят в центр, и каждый выбирает себе команду из 4 человек. Эти четверо привязывают веревки или платки к ногам и рукам добровольца и должны провести его по определенному маршруту (что-то обойти, перелезть, что-то взять, куда-то бросить), причем сама «марионетка» не может произвольно двигаться, его руки и ноги в буквальном смысле передвигают его команда (за соблюдением инструкции внимательно следят ведущие). Когда маршрут пройден, «марионетка» с «кукловодами» разворачивается и проделывает весь путь в обратном направлении, но теперь уже «марионетка» подает словесные команды, и «кукловоды» действуют только в строгом соответствии с ними.
«Прекрасно-ужасный рисунок»	Участникам раздают листы бумаги формата А3 и пастельные мелки (каждый выбирает себе один мелок). Листки кладутся на пол перед игроками, подписываются с обратной стороны и каждый должен за короткое время (30–60 секунд) нарисовать прекрасный рисунок. Затем, по команде ведущего все передают свои рисунки соседу слева, и каждый должен теперь сделать из полученного прекрасного рисунка — ужасный. На это отводится секунд 10–15. затем рисунок опять передается налево и опять задание сделать рисунок прекрасным. И так до тех пор, пока рисунок не сделает полный круг и не вернется к своему хозяину. Тот решает, каким образом он хочет изменить полученный рисунок, при этом может использовать любые мелки и столько времени, сколько понадобится. Потом рисунки выкладываются на пол и каждый может оценить, чей рисунок ему больше понравился.

5.2.2. Танцевально-двигательная терапия

Психолог Архипова М. В.

Танцевально-двигательная терапия — это междисциплинарная область, она существует на стыке психотерапии и танцевального искусства. Кроме того, она тесно связана со многими другими областями знания. Среди них: анатомия, физиология, психофизиология, кинезиология, нейропсихология, самые разные теории движения и танца, психология и т. д., — т. е. практически все, что можно отнести к областям знания о теле, движении, танце, психике, о творческом процессе и творческом выражении. (Бирюкова, 2008)

Очевидно, что эмоции и танец неотделимы друг от друга. Танец мотивируется эмоциями и выражает их. Эмоции — источник любого танца и движения. Однако и танец влияет на эмоции, он изменяет их. Иногда танец приводит к катарсическому облегчению, иногда танец развивает, оттачивает и совершенно преображает эмоциональное состояние. Лю-

бая форма психотерапии, включая танцевально-двигательную терапию, имеет дело с диагностикой и лечением эмоциональной дисфункции. ТДТ так же затрагивает взаимоотношения тела и психики, затрагивая аффекты. Танец и телесный опыт используется как способ выражения, передачи и трансформации эмоций.

Рассматривая область эмоциональной сферы химически аддиктивных подростков, можно говорить о разных подходах в психологической работе. Танцевально-двигательная психотерапия (далее ТДТ) — относительно молодое направление в России, но уже имеющие опыт в клинической практике. В нашем центре был проведен опыт включения групп танцевально-двигательной психотерапии в реабилитационную систему.

Занятия проводились в рамках реабилитационной программы. Пациентами являются подростки мужского и женского пола с диагнозом: употребление ПАВ с вредными последствиями. Работа в группе направлена на развитие и коррекцию эмоциональной сферы, отреагирование агрессии и подавленных чувств.

Каждая психотерапевтическая группа имеет следующие задачи:

1. Отреагирование подавленных чувств через тело
2. Обучение конструктивным коммуникативным навыкам;
3. Восстановление телесных ощущений.
4. Восстановление образа тела подростка
5. Работа с алекситимией
6. Развитие эмоциональной сферы через самоисследование подростка
7. Стабилизация эмоционального состояния

Для проведения занятий была подобрана музыка следующих направлений: классика, этническая, релаксационная, детский джаз. Количество человек в группе составляет от 6–10 человек. По гендерным признакам группы смешанные. Иногда присутствовало деление по половому признаку. Возраст участников группы 14–17 лет. Как правило каждый пациент проходил курс из 10–15 занятий, в зависимости от длительности нахождения в центре. Так же занятия строятся по уровню сложности, длительности, наполненности, глубины. Все это зависит от уровня участников группы. Помимо нарушения образа собственного тела, связанного с употреблением ПАВ, необходимо учитывать так же особенности подросткового возраста и уровень развития каждого пациента.

Каждое занятие имеет определенную одинаковую структуру, которая не нарушается на протяжении всех сеансов.

1. Круг чувств. С данной техники начинается любое занятие.

Задачи, реализуемые на данном этапе:

- отреагирование актуального состояния;
- концентрирование внимания на себе, на своих телесных ощущениях;
- подготовка к началу движения, преодоление страха оценки.

Каждый участник по кругу начинает рассказывать о своем актуальном состоянии (Как я себя чувствую, что меня сейчас тревожит, комфортно ли мне находиться в группе, что я сейчас чувствую). После чего отреагирует свое ведущее чувство на данный момент в движении. (Где находится твое чувство, как бы это чувство могло двигаться). Группа присоединяется к ведущему чувству участника, отзеркаливая увиденное. Отзеркаливание помогает присоединиться группе к чувству каждого участника, дает групповую поддержку участнику.

2. Разминочный этап. Направлен на разминку мышц и телесных ощущений. Наиболее эффективной является разминка тела в игровой форме. Например: «Представим, что наше тело состоит из различных шестеренок, винтиков и гаечек, которые необходимо смазать маслом, чтобы начать движение». Начиная с шеи и заканчивая пальцами на ногах, группа начинает поочередное движение.

Задачи, реализуемые на данном этапе:

- разминка мышц;
- концентрирование на телесных ощущениях;
- отреагирование потребности в движении или в поднятии мышечного тонуса (в случаях гиперактивности или гипоактивности).

В конце упражнения у участников группы спрашивается о затруднениях, связанных с выполнением задания (какой частью тела было тяжело двигать, какие чувства вызывает у вас движение вашим телом)

3. Терапевтический этап. Данный этап является основным. На этом этапе начинается терапевтическая работа. Основная задача этого этапа — отреагирование подавленных чувств. Наполнение этапа на каждом занятии разное, соответствующее актуальным характеристикам группы. Основная техника работы на этом этапе — это импровизация в рамках заданной темы. Импровизация позволяет погрузиться во внутренний мир пациента, отреагируя телом бессознательные эмоции и чувства, давая им выход на сознательный уровень. И здесь работает следующая техника — техника активного воображения. Активное воображение, как техника переноса содержания бессознательного в сознательное может применяться по-разному.

4. Завершающий этап.

Круг чувств. Основные темы круга: Что со мной происходило, каким я был в роли, почему именно такой образ, Как вело себя тело. Ка-

кие трудности возникли. В конце высказывания пациента ведущий дает обратную связь того, что увидел и чувствовал в контрпереносе.

Далее приведены примеры психологической работы на группах по танцевально-двигательной терапии.

Случай № 1

Пол: мужской. Возраст: 16 лет

Психологическая характеристика.

Развитие личности по гипертимно-эпилептоидному типу. Низкий уровень конформности, средне выражена реакция эмансипации. Диагностируется наличие психологической склонности к алкоголизации и диссимуляции.

Ведущий механизм психологической защиты — интеллектуализация.

Акцентуация: педантичность.

Возможные девиации поведения: неспособность принять решение, подмена деятельности “рассуждательством”, самообман и самооправдание, выраженная отстраненность, цинизм, поведение, обусловленное различными фобиями, ритуальные и другие навязчивые действия.

Тип групповой роли: “роль философствующего”.

Актуальное эмоциональное состояние: ранимость, сензитивность.

Трудности социальной адаптации, эмоциональность и субъективность пристрастий превалирует над рассудочностью. Трудно вырабатываются навыки общепринятых форм поведения.

В отношениях — повышенная ранимость в отношении критических замечаний со стороны окружающих, уязвимое самолюбие, значимость социального престижа. Выраженная избирательность в межличностных отношениях особенно в сфере близких, интимных отношений. Потребность в самоуважении и уважении со стороны окружающих.

На момент поступления в стационар мотивации на психологическую работу нет. Воспитывался в приюте по причине ранней потери матери и сложных отношений с отцом. Пациент систематически употреблял алкоголь на протяжении 2 лет, иногда курил запрещенные ПАВ. На занятиях первые дни проявлял пассивность, позже стал проявлять интерес. Основная работа была направлена на переживание утраты матери, и переживания, связанные со сложностями в отношении отца, а так же на отреагирование подавленной агрессии в конструктивной форме.

В работу на группе ТДТ включился быстро. Активно участвовал в упражнениях. В основном работа была направлена на отреагирование подавленной агрессии через телесные движения. В работе тело ведет себя активно, движения резкие направленные, образы, возникающие

в работе, агрессивные (лев, тигр, коршун, огонь).

На одной из сессий была предложена импровизация на тему свободного движения. Пациент стоял в кругу и делал покачивающиеся движения руками. Терапевт попросил усилить эти движения. Пациент начал сильнее качать руками и создавать, воображаемый шар.

Т: Что ты сейчас чувствуешь (отзеркаливая движения пациента)?

П: Спокойствие.

Т: На что похожи твои движения, что ты сейчас делаешь?

П: Как будто я кручу шар, управляю им.

Т: Он тяжелый твой шар?

П: Да, он очень твердый и тяжелый.

Т: Тебе нравится держать его?

П: Я чувствую спокойствие, когда управляю им, мне это нравится.

Т: На что это похоже? О чем для тебя твои движения, шар — твоя импровизация.

П: Как будто этот шар — моя злость, я могу ей управлять, ее очень много.

Т: Побудь в своей импровизации столько, сколько нужно. Когда закончишь, дай нам понять (всю сессию терапевт зеркалит движения клиента, присоединяясь к чувствам).

На этой сессии пациент прикоснулся к своей агрессии через форму шара, дал ей форму, вес, размер, почувствовал ее силу. При этом сам пациент находился в амбивалентном состоянии в состоянии спокойствия. Представление агрессии в образе дало принятие ее, осознание и структурированность, что дало то самое ощущение комфорта и чувство спокойствия. Пациент смог вербализировать свое состояние и исследовать свой гнев.

Случай № 2

Пол: женский. Возраст: 16 лет

Психологическая характеристика.

По результатам тестирования и наблюдения пациентка демонстрирует неустойчивую высокую нереалистичную самооценку с нижними пиками по шкалам «здоровье» и «счастье» и завышенный уровень притязаний, что может указывать на личностную незрелость, неумение сравнивать себя с другими, пониженную чувствительность к своим ошибкам, неудачам, и оценкам окружающих. Ведущая психологическая защита — проекция. Предполагает приписывание окружающим различных негативных качеств как рациональную основу для их неприятия и самопринятия на этом фоне. Особенности защитного поведения

в норме: эгоцентризм, внушаемость и самовнушаемость, общительность, стремление быть в центре внимания, оптимизм, непринужденность, уверенная манера держаться, жажда признания, самонадеянность, аффектированная манера поведения, пафос, легкая переносимость критики и отсутствие самокритичности.

Актуальное эмоциональное состояние — протестная реакция в ситуации выраженной эмоциональной напряженности. Негативизм в отношении средовых воздействий сочетается с эмоциональной неустойчивостью.

Пациентка поступила с систематическим употреблением ПАВ (опиоиды) — срок употребления 1,5 года. Отношения в семье сложные, эмоционально-холодные. Воспитывалась без отца.

В психологической работе пассивна, отстранена. В контакте доброжелательна.

В работе на группе ТДТ в первых трех встречах участвует активно, в глубокие чувства не входит. Движения ломанные, не направленные. Чувства вербализирует плохо, иногда говорит, что ничего не чувствует. Ориентируется на оценку окружающих.

На одной из сессий было предложено выполнить упражнение «Семечко». В упражнение вошла быстро. Были застревания на 1 стадии (зародышевое состояние) и на последней. Движения были разрывистые и напряженные. В контрпереносе возникало чувство тревоги, страха. Большое количество времени пациентка лежала в положении зародыша, плавно покачиваясь, после начала резко подниматься. Все следующие этапы пациентка проходила быстро и разрывисто. На последнем этапе развития (в котором она находится на данный момент) пациентка замерла и резко опустила вниз. На протяжении выполнения всего упражнения мимика лица была напряжена — расслабление наступило после того, как пациентка опустила вниз.

На шеринге пациентка говорила о чувстве тоски и одиночестве.

П: Я была одиноким цветком, который рос в пустом поле, у меня много листьев, но они колючи. Маленьким и невзрачным растением я была.

Т: Что с тобой произошло, когда ты распустилась?

П: Мне захотелось завянуть, и я завяла.

Т: Что чувствовала, когда возникли такие желания?

П: Безысходность, бесполезность.

Т: Ты часто испытываешь эти чувства?

П: До употребления или когда нет ничего — а вообще бывает...

На данной сессии пациентка прикоснулась к базовым чувствам, сопровождающим зависимость — безысходность и одиночество. Образ

цветка дал представление о себе, своих чувствах через отрицание. Аддиктивным пациентам трудно прикасаться к собственным одиночеству и отчужденности. Еще одно важное, с чем удалось соприкоснуться на сессии — бессознательное стремление к уходу, умиранию. Через образ цветка, который хотел завять и завял, пациентка отреагировала подсознательное стремление к уходу от тяжелых чувств, и, как выход, стремление и реализация подсознательного желания.

Опираясь на проведенные занятия и анализ работы, можно сделать следующие выводы:

- Танцевально-двигательная терапия (ТДТ) позволяет прикоснуться к тяжелым чувствам через наличие образов, появляющихся в ходе занятий. Танцевально-двигательная терапия вызывает наименьшее сопротивление у участников группы в отличие от других занятий, что способствует более глубокой психологической коррекции.
- Группа способствует отреагированию актуальных эмоциональных состояний через телесные переживания, тем самым дается выход агрессии и раздражению.
- ТДТ в нашей работе дает возможность пациенту соприкоснуться с детскими переживаниями и травмами, позволяет прожить в безопасном пространстве на эмоциональном и телесном уровнях. Это может быть частью семейной психотерапии.
- Отслеживая групповую динамику, можно отметить, что в группе достаточно быстро развивается доверие между участниками и между терапевтом и участниками за счет невербальных техник и равнозначного участия терапевта.
- Танцевально-двигательная терапия повышает мотивацию на дальнейшую психологическую работу, предлагая пациенту встретиться с собственными переживаниями через различные образы, тем самым работая с одной из основных защитных механизмов — отрицанием.
- Работая в импровизационных техниках, пациент сам актуализирует те воспоминания и переживания, к которым готов, без директивного вмешательства терапевта, что делает психологическую работу значительно продуктивней.
- Танцевально-двигательная терапия дает более глубокое понимание и осознание происходящего с пациентом через телесные ощущения, тем самым восстанавливая связь с телом и собственными чувствами.
- Танцевально-двигательная терапия развивает внутренний мир подростка, тем самым обогащая его духовно. Тема духовности — важный аспект в работе с аддикцией.

5.2.3. Мультисемейные группы

Медицинский психолог Фищенко Н. Г.

Мультисемейная группа — это групповой процесс, включающий живое пространство, в кругу которого каждый раз уникально разыгрывается встреча взрослых и подростков, родителей и их детей. Пространство, основная цель которого — решение проблем, связанных со взаимоотношениями в семье.

Группа проводится каждую неделю в один и тот же день в одинаковое время. Продолжительность занятия — от 1,5 до 2 часов. На группе присутствуют пациенты и их родители или другие родственники, пришедшие на занятие. Участие подростков в группе возможно только в случае присутствия взрослых его семьи. На группу может прийти как один родитель, так и оба, сестра, брат, бабушка и другие члены семьи, постоянно контактирующие с пациентом. Обычно на группе присутствуют не более 5–6 семей. Правила группы оговариваются в самом начале, включая правило не покидать пространство до завершения процесса.

Так же это пространство дает:

- возможность обмениваться опытом, между семьями;
- возможность получать психологическую поддержку и взгляд со стороны;
- обсуждение определенных тем, получение необходимой информации, связанной с зависимым поведением, а так же проблем связанных с процессом воспитания детей;
- возможность самораскрытия в новой безопасной обстановке, и встречи друг с другом;
- возможность осознания своих действий и своего участия в создавшейся ситуации, поиск новых решений проблем.
- научение через соблюдение правил и отработку навыков общения, сохраняя уважение к себе и окружающим.

Присутствие на группе консультанта по химической зависимости, человека, прошедшего опыт употребления и выздоровления, и сохраняющего трезвость на протяжении многих лет, делает возможным взглянуть на проблему с другой стороны, что дает как надежду, так и понимание переживаний зависимого человека.

Химическая зависимость — это болезнь не выраженных чувств, в силу обстоятельств и употребления, замороженных, закрытых. Поэтому важной частью работы является осознание и называние своих чувств, что дает возможность, замечать и узнавать себя, понимать, как механизмы влияния на отношения и разрушение их. Осознавание, замечание себя

дает возможность делать для себя лучший выбор в жизни, повышать качество жизни, осуществлять осознанный выбор от сердца.

Обмен чувствами, самораскрытие в безопасной обстановке, соблюдение оберегающих правил, уважение — всё это является гарантией безопасности и продуктивной работы группы. Родители и пациенты позволяют себе рисковать, говорить, искать, то, что давно потеряно, узнавать и интересоваться, давать внимание и получать.

Родители пациентов часто страдают от невозможности получать помощь. Разочарованные в себе и подростке, при повышенной эмоциональной ранимости, не выдерживающие обиды и раздражения на ситуацию, обвиняющие, они перегружены эмоционально, имеют трудности в понимании себя и человека рядом, однако часто отрицают внутриличностные проблемы. В связи с этим, взрослым необходимо особенное внимание, человеческое участие и поддержка, наряду с озвучиванием правды их роли и обязанностей как родителя.

Подростку в условиях стационара, где часто он чувствует себя «жертвой злой воли», в заточении «опасных» взрослых, необходима поддержка и участие родителя, не только в положенные встречи по выходным, но и участие в психологических мероприятиях. Неоднократно замечено, что внутренний процесс изменений подростка более продуктивен при активной включенности близких родственников в работу над собой.

Формат группы каждый психолог организует по-своему. Это могут быть арт-техники и методики, упражнения и игры, направленные на взаимодействие и узнавание друг друга, обсуждение интересующих тем, а так же свободное психодинамическое пространство, где особенно видны способы коммуникации между членами семьи, что дает возможность в реальности отследить и прожить привычное поведение, услышать мнение и взгляд других участников группы.

Крайне важны в работе такие факторы, как системность и периодичность встреч, а также возможность подойти к проблеме с разных сторон психологической работы. Семьям пациентов предлагаются несколько форматов работы, абсолютно не взаимоисключающие, а скорее дополняющие друг друга. Это семейные сессии, индивидуальные (отдельно как для подростка, так и для родителя), групповые виды работ (группа только для родителей), лекционные занятия, а так же дополнительные, городские группы для созависимых родственников.

Однако в групповой работе стационара есть много сложностей, такие как частое обновление состава группы, в результате чего смешиваются психологически опытные участники с «новичками», и насколько это мо-

жет продвигать новых участников, настолько бывают случаи «застревания» на вопросах, не интересующих участников с длительным опытом посещения групп.

Сложность заключается также в кратких сроках нахождения на лечении, т. к. в связи с этим, результат не достаточно устойчив, как в отношениях между родителями и детьми, так и в индивидуальной работе отдельно взрослого и ребенка. Ведь только при совместном длительном участии, возможны результаты работы.

Частая смена состава тоже пагубно влияет на настроения и атмосферу группы, т. к. сложно удерживать доверительный контакт, и каждая группа словно заново должна объяснять цели и задачи группы. Однако были случаи, когда родители стали общаться и за пределами центра, создавать коалицию, недовольную и протестующую против методов работы специалистов. Этот яркий пример сопротивления родителей демонстрирует невозможность эмоционально переосмыслить происходящее, бессилие родителей, толкающее на обесценивание помощи. Часто родители упорны в желании «отлечить» ребенка, и неспособность увидеть свою ответственность в происходящем заставляет искать виноватых, доказывать себе нереальность изменений. Важно, чтобы родитель в психологической работе был ориентирован на свои изменения в первую очередь, что дает гарантию понимания другого через себя, свой опыт. Во взаимоотношениях важно научиться выдерживать критику подростка, ведь только при критическом взгляде на родителя подросток может стать отдельной личностью, способной использовать свой потенциал.

К сожалению, часто на лечение в стационар попадают дети усыновленные, но не знающие ничего об этом. В таких семьях все члены хранят тайну и бесконечно демонстрируют обман ребенку, расслаивая психическое поле отношений в семье. Такой «тайный сговор» травмирует ребенка, так как правда чувствуется, но не называется, отыгрывается, но отрицается. В связи с этим проводится дополнительная работа с родителями, целью которой является создание в семье атмосферы, способной стать опорой для ребенка при принятии правды его истинного происхождения.

Название	Описание	Обсуждение
Совместный рисунок	Каждый из участников выбирает мелок (масляную пастель, фломастер и т. д.) определённого цвета и в процессе рисования его не меняет. Рисунок выполняется в течении 10–15 минут на одном листе бумаги. Последовательность рисования, его содержание, расположение на листе предоставляется на усмотрение участников. Это может быть абстрактный рисунок, рисунок с конкретным сюжетом или просто каракули. Ограничения: 1) В процессе рисования нельзя разговаривать друг с другом и делать друг другу знаки. Любая коммуникация должна осуществляться лишь посредством рисунка. 2) Нельзя использовать буквы, цифры и общеизвестные символы.	1) Какие чувства возникали в процессе рисования и как они менялись, что понравилось, было весело, интересно, тепло, благодарность к партнёру, необычно, неловко, скучно, раздражение, недовольство партнёром? 2) Понравился ли результат, какое общее впечатление от рисунка? Чьего цвета оказалось больше, как каждый цвет представлен на листе? 3) Как участники выбирали цвет: кто сделал это первым? Учитывали ли при выборе цвет партнёра (чтобы мой цвет лучше смотрелся рядом с его, чтобы не заглушал, чтобы не был подавлен цветом партнёра)? Меняли ли цвет до начала рисунка? 4) Индивидуальная стратегия каждого участника и её изменения: предоставил начать партнёру или начал первым, старался захватить побольше пространства или охранял свою территорию, вёл и реализовал свой замысел или дополнял партнёра и т. д.
Сильные и слабые стороны нашей семьи	Участникам предлагается обсудить и сформулировать ответ на вопрос, чем наша семья отличается от других семей, что является сильными сторонами нашей семьи в целом (всех ее членов) и что представляется ее слабыми сторонами. Обычно бывает полезно предложить какой-нибудь собственный пример.	Какие чувства вызвало это упражнение? Что было сложнее сформулировать: сильные или слабые стороны? Какие чувства у вас возникли, когда вы говорили о своей семье? Чем было полезно для Вас эту упражнение?

Закончить предложение	Участникам предлагается письменно закончить следующие фразы: «Я боюсь, когда ты... Я злюсь, когда ты... Я радуюсь, когда ты... Я обижаюсь, когда ты... Я благодарен тебе...» затем зачитать их партнеру и выслушать его вариант.	Какие чувства возникали в процессе выполнения упражнения? Какую фразу сложнее всего было продолжить? Что было проще всего? Какие из перечисленных чувств Вы чаще испытываете в отношениях с партнером? Какие чувства возникли, когда Вы слушали партнера? Какие его слова были наиболее неожиданными? Что было приятнее и неприятнее всего?
Какие твои черты мне нравятся, вызывают уважение	Участникам предлагается подумать и рассказать партнеру, какие его качества нравятся, ценятся, что хорошего вы замечаете в нем.	Какие чувства у вас возникли, когда Вы слушали партнера? Что было самым неожиданным? самым приятным? Что общего было в ваших списках? Чем они отличаются?
Права и обязанности ребенка и взрослого	Группа делится на две части — взрослых и детей, обеим группам предлагается написать права и обязанности ребенка и права и обязанности ребенка. Потом сравниваются права ребенка, написанные взрослыми и детьми, обязанности ребенка, права взрослого и его обязанности.	Что было труднее всего писать? Что легче? Какие чувства возникли? Что больше всего удивило в списке другой группы? Какие чувства вызвало сравнение двух списков? Относительно каких вопросов наблюдалось больше всего сходства между группами? Больше всего различий? Как вам кажется, о чем это говорит?
Каких изменений я хочу от тебя, каких ты ждешь от меня	Участникам предлагается письменно составить список изменений (конкретных, имеющих поведенческий эквивалент), которых бы они хотели в отношениях с партнером. Затем написать такой же список (из трех-пяти пунктов) от имени партнера. Поочередно зачитываются и сравниваются эти списки.	Какие чувства у Вас вызвало это упражнение? Что было сложнее составлять список за себя или за партнера? Насколько оправдались Ваши предположения относительно желаний партнера? В чем были расхождения, с чем Вы это связываете? Какие чувства это вызывает? Какие чувства у Вас были, когда Вы слушали мнение партнера о Ваших ожиданиях? Насколько они совпадают с Вашими? В чем не совпадают? Ваши чувства?

Метафора	Участникам предлагается создать метафорический образ. Это упражнение имеет множество вариаций, как по содержанию, так и по форме. Можно предложить создать образ «ваших взаимоотношений», «вашей семьи» или метафору любви, взаимопонимания и так далее. Можно предложить это как работу в паре или как работу в группе взрослых и группе детей	Какие чувства вызывает у Вас Ваша метафора? Насколько сложно, интересно Вам было это задание? Какое место в Вашей метафоре занимает партнер? Какие чувства вызвала у Вас метафора партнера (или другой группы)? Что для Вас было неожиданным в этой метафоре? Каким Вы себя видите в этой метафоре? Какие чувства у Вас это вызывает?
Как я узнаю, что меня любят, как я проявляю свою любовь	Участников просят подумать и написать, по каким поведенческим проявлениям они догадываются, что их любят. А потом написать, как именно они проявляют свою любовь. Написанное зачитывается и сопоставляется.	Что было сложнее написать? Какие чувства вызвали слова партнера? Что удивило, порадовало, огорчило? Что совпадает в Ваших представлениях, а что расходится? Что нового Вы узнали о себе и о своем партнере?

5.2.4. Группа по зависимости

Психолог Архипова М.В

Уже на протяжении трех лет в стационаре функционирует группа, посвященная теме зависимости и зависимому поведению. Данная группа имеет определенные цели и задачи, структуру, возрастные критерии и проблематику. Эта группа позволяет пациентам открыто обсуждать и заявлять о теме, которая в отделении является провокационной, и говорить о ней можно исключительно в беседе с психологом или консультантом. Да и не только в отделении, но и в обществе. Употребление ПАВ осуждается обществом, замалчивается, а иногда и отрицается. Такие подростки зачастую считаются плохими, неудачными, недостойными, в итоге отвергнутыми, непонятыми и эмоционально изгнанными из социума. Самая частая слышимая фраза «Почему ты не можешь быть нормальным человеком? Посмотри на...», а дальше следует сравнение с другим ребенком, которое само по себе перечеркивает успешность и подчеркивает собственное ощущение «плохости» и унижительность собственного существования.

Эта тема собственного употребления алкоголя и наркотиков — тема достаточно тяжелая и провокационная, прежде всего для самого под-

ростка, и говорит он о ней в групповом формате с большим трудом и нежеланием. Зачастую, когда подростки и родители попадают на консультацию, они готовы обсуждать любые проблемы, но только не употребление. И, конечно, еще тяжелее рассматривать эту проблему с точки зрения заболевания.

В центре так же проходят программу пациенты, которые имеют эпизодическое употребление, как таковой зависимости у них нет, а центральными проблемами действительно являются учеба, поведение, трудная семейная ситуация или переживание ранее травматичного опыта. Но я бы хотела подчеркнуть, что в этой статье описывается именно та категория пациентов, которая имеет ярко выраженные наркологические проблемы.

Родителям тяжело принимать, что в семье есть зависимый, пациенту страшно говорить, потому что могут осудить, не поймут, начнут уговаривать бросить, запугивая страшилками про смерть и передозировки, в которые взрослые наркоманы верят с трудом, а подросток тем более не допускает момента собственной смертности в принципе, в силу возрастных особенностей.

По опыту работы в реабилитации возможно отметить, что в отделении можно часто услышать шутки или разговоры провокационного характера, некоторые пациенты с удовольствием делятся воспоминаниями «кто, где, с кем и как это было круто...». При этом они совершенно не замечают то, что неосознанно искажают реальность и освещают исключительно «светлую» сторону собственного употребления.

Именно группа по зависимости является неким пространством, где есть возможность обсудить реальную картину мира зависимого пациента, наполненную не только красивым «приходом» и алкогольным весельем, но и болезненными чувствами, непереносимостью собственного существования. Пространство, где возможно вытащить то настоящее, что сопровождает алкоголика или наркомана, отставляя в сторону ту самую иллюзорность уникальности и самодостаточности, которая выходит на первый план как защита.

Химическая зависимость — это заболевание, прежде всего заболевание души и чувств. Наркотик или алкоголь — это некий инструмент заболевания. Группа помогает осветить данную проблему более полно, обозначая, что основная проблема не в употреблении ПАВ, а в формирующемся или уже сформированном заболевании, которое является комплексным. Важно говорить о том, что зависимость — это не только употребление ПАВ, это, прежде всего, уже сформированный механизм,

который потихоньку встраивается в несформированную личность подростка, выстраивая болезненное представление о себе, разрушая эмоциональную и когнитивную сферы, подменяя ценности и формируя инфантильную личность, неспособную впоследствии брать ответственность за свою жизнь. На последних стадиях формирования болезнь подчиняет себе всю жизнь подростка, и наркотик выступает в жизни, как единственная ценность. Важно говорить о психологических аспектах формирования зависимости, о функциях употребления, о потребностях, которые обслуживает заболевание. Центральным вопросом на группе является вопрос «для чего», а не «почему».

Основная и центральная идея группового процесса — предоставить выбор подростку выздороветь или продолжать употребление. Когда появляется знание и понимание собственной проблемы, тогда появляется возможность выбора. Естественно большая часть пациентов во время первого прохождения реабилитации делает выбор в сторону привычной модели, и к такому выбору важно демонстрировать уважение, так как это все-таки выбор. Слишком велик уровень тревоги у зависимого человека, слишком мало сил, чтобы начать по-новому, слишком тяжело переработать собственную боль, слишком трудно чувствовать. Зачастую на более поздних этапах группы пациенты озвучивают такие чувства как стыд, безысходность, вину, ярость, ненависть, одиночество, боль — это именно то, чем по-настоящему наполнена эмоциональная жизнь, и то, от чего пациенты часто убегают, предпочитают не сталкиваться, та самая реальность, в которой быть невыносимо. Ведь помимо вскрывшихся переживаний, которые предшествовали употреблению, накладывается чувство вины за те совершаемые действия в процессе употребления и собственно за свое употребление. Важно понимать, что многие пациенты проходят еще стадию так называемого «розового употребления», где выздоровление еще не доступно.

У группы нет четкого одного метода работы. На группе может разыгрываться психодрама, социодрама, могут быть задействованы тренинговые упражнения, группа может прибегать к лекционному курсу, группа может работать в классическом терапевтическом формате, использовать элементы арт-терапии и телесно-ориентированной терапии. Но, несмотря на обширный выбор используемых методик, группа имеет четкие правила, временной формат и структуру.

Группа всегда проходит два раза в неделю в определенные дни, начинается и заканчивается в определенное время — это важный элемент работы с границами, который также помогает уменьшить уровень тре-

возможности, связанный с данной группой. Оптимальное время групповой работы 80 минут.

Всегда группа начинается с озвучивания правил поведения. Правила озвучивает кто-то из пациентов, тем самым ведущий передает часть ответственности за безопасность группы самим участникам, но не снимает ее с себя полностью. Любое нарушение правил обсуждается прямо на группе — это позволяет формировать навык самонаблюдения и навык самоанализа. Часто пациенты не замечают, как нарушают те или иные правила.

Следующим этапом следует шеринг — «круг чувств», где пациенты говорят о своих чувствах, состояниях и, в большинстве случаев, с круга чувств проясняются запросы и дальнейшее направление работы группового процесса. После центральной части группа завершается так же шерингом.

Основными задачами группы являются:

- Ослабление защитных механизмов (отрицание — основной защитный механизм — он же является и симптомом заболевания).
- Формирование безопасного пространства, в котором можно говорить о собственном опыте употребления.
- Формирование мотивации на лечение и в дальнейшем на выздоровление.
- Получение информации о заболевании.
- Получение информации о выздоровлении.
- Отреагирование чувств тяжелого спектра.
- Развитие эмоциональной сферы.
- Формирование навыка самоанализа и самонаблюдения.
- Формирование механизмов конструктивного выражения чувств через переживания и проживания.
- Получение позитивного опыта принятия пациента как личности группой.
- Формирование навыка принятия на себя ответственности за себя.
- Выстраивание социальных, межличностных и личных границ.
- Контенирование тревоги и агрессии в группе.

Это одни из основных задач группы, которые могут изменяться в зависимости от состава и уровня готовности группы. Иногда группа может ограничиться всего лишь одной задачей — научиться видеть собственное зависимое поведение, и этого достаточно. Но если участники группы достаточно мотивированы и находятся в центре длительное время — можно говорить о групповом сопровождении и поддержке на пути

выздоровления.

Количество человек на группе не должно превышать 10–12 человек, оптимальное число участников 7–8 человек — при таком количестве выстраивается и сохраняется наиболее высокий уровень доверия и безопасности. Возраст участников не младше 14 лет, хотя бывают исключения.

Группу ведут психолог и консультант по химической зависимости. Ведущие группы постоянные. Наличие консультанта по химической зависимости необходимо, как человека, который имеет опыт выздоровления и работы по программе «12 шагов», куда в последующем рекомендуется обращаться пациентам.

Групповые темы могут быть различными: проблемы с родителями, плохое настроение, трудности выбора, трудности нахождения в центре, конфликты с персоналом, обострение влечения, трудности во взаимоотношениях с другими пациентами, а так же темы, непосредственно касающиеся центральной проблемы.

Основная роль ведущего психолога помимо контенирования и поддержки — это возвращать реальность и удерживать группу в этой реальности, не давать развить иллюзию, к уходу в которую так склонны пациенты данной категории. А реальность это то, от чего бегут все зависимые, убегают в свой измененный мир, в измененное состояние сознания. Реальность зачастую слишком непереносима, слишком болезненна. Ведущий психолог иногда становится в глазах группы насильником, провокатором. В этом случае важно выдержать групповую агрессию, так как один пациент заряжает всю группу, особенно если группа совсем «ранняя».

Консультант, напротив, говоря исключительно о программе и собственном опыте выздоровления, всегда находится в позиции поддерживающего лица или, по крайней мере, не вмешивающегося в субъективный мир пациента. И это позволяет держать в группе эмоциональный баланс и развиваться групповому процессу дальше.

5.2.5. Кинотерапия

Медицинский психолог Складорова Е. А.

Кинотерапия относится к групповым занятиям под общим названием «терапия искусством».

Фильмы, как и сказки, и сны, богаты образами и подтекстом. Основу метода составляет способность каждого человека видеть и интерпретировать их по-своему, через призму своего жизненного опыта, психологических особенностей, ценностей и отношения к миру. Этот метод позволяет в опосредованной форме проявить скрытые чувства, жела-

ния, отношения, выразить себя через высказывания о происходящем на экране.

Можно сказать, что кинотерапия как один из целебных методов воздействия на психику человеку возникла одновременно с появлением кинематографа. Актеры немых фильмов предоставляли возможность публике быть в кинозале героями историй: совершать великие подвиги, переживать жизненные крушения, быть участниками нелепых и комических ситуаций. Без единого слова фильмы открывали перед человеком удивительный мир, где он мог прожить любую жизнь и испытать любые чувства.

Кинематограф, также как и другие виды искусства, был замечен психологией и “возделан” ею. Этот способ “лечения души” был подкреплен психологическими теориями, под него подвели методологическую базу, опробовали на практике и, таким образом, сделали его одним из психотерапевтических методов. Одной из позитивных особенностей данного метода являются его практическая универсальность. Кинотерапия показана почти всем пациентам стационара, имеющим более-менее достаточную мотивацию на пребывание.

Ограничения в использовании метода касаются в основном возраста и типа зависимости пациентов. Например, фильмы со сложной сюжетной линией и большим количеством пауз между активными действиями вызывают у младших пациентов как минимум пассивное сопротивление (сон в зале, отвлекающие разговоры), а, как правило, категорический отказ от просмотра. Пациентам с разными типами зависимостей не показаны фильмы-аллегории, со сказочными сюжетами, с фантазийными происшествиями, так как они подкрепляют привычный защитный механизм убегания в мир иллюзий и порой усиливают тягу (например, фантазии мальчика в фильме «Мост в Терабитию» такие пациенты расценивают как последствия употребления — «он под кайфом» — с последующими обсуждением темы наркотиков, что не только провоцирует «сухой срыв», но и мешает остальным участникам просмотра увидеть даже простые идеи, заложенные в фильме). Напрямую связанные с зависимостью и ее последствиями кинофильмы эмоционально тяжело воспринимаются пациентами со сформированным аддиктивным поведением («На игле», «Реквием по мечте»), но показаны делинквентным подросткам, так как обычно только эмоциональное потрясение может заставить их серьезно задуматься на эту тему. Также следует избегать просмотра откровенно бессодержательных комедий, боевиков, триллеров, ужасов — тех продуктов киноин-

дустрии, которые созданы для удовлетворения массовой потребности в отвлечении внимания от реалий жизни, не несущих в себе базовых человеческих ценностей.

Цели и задачи кинотерапии.

- Проработка скрытого плана эмоциональной жизни ребенка.
- Расширение набора стереотипов поведения.
- Тренировка интеллектуальных навыков.

Причем, такая форма работы позволяет проделывать это, не вытаскивая напрямую на обозрение проблемы личности, как в стандартных тренинговых группах. Положительным моментом кинотерапии является тот факт, что участники группы получают возможность анализировать собственную жизненную ситуацию через посредника, каковым является киноперсонаж.

Описание метода.

Сеанс кинотерапии включает в себя следующие этапы:

1. Анализ состава участников группы (по возрасту, личностным и социальным характеристикам).
2. Определение основной темы, которая будет заявлена в обсуждении. Составление приблизительного списка вопросов для обсуждения.
3. Выбор фильма с учетом индивидуальных особенностей группы пациентов (возраст, обычный тип реагирования)
4. Краткая вступительная беседа (представление ведущего, краткая аннотация к фильму, определение правил и целей группы).
5. Просмотр.
6. Обсуждение.

Продолжительность фильма не превышает 1ч. 40 мин., через первый час просмотра обязателен перерыв (5–7 мин.), позволяющий снять двигательное и эмоциональное напряжение. Просмотр должен происходить в изолированном помещении, туда не должны входить посторонние. Стоит заметить, что для значительной части наших пациентов терапия происходит успешней в случае, если фильм красочен, увлекателен, насыщен (но не перегружен) сюжетными событиями. Такие картины не требуют от них значительных усилий, направленных на концентрацию внимания, которые часто являются препятствием для формирования позитивного отношения к кинотерапии (особенно у детей 8–14 лет). Перерыв между просмотром и обсуждением должен составлять не менее 12 ч (в наших условиях это одна ночь, т. к. просмотр происходит вечером, а обсуждение на следующее утро). Процесс обсуждения может выстраиваться следующим образом:

Участники по кругу высказывают чувства, которые у них вызвал фильм, и указывают наиболее запомнившиеся эпизоды, описывая вызванную этими эпизодами эмоциональную реакцию. Таким образом, происходит настраивание группы на работу с чувствами, ставится акцент на эмоциональный способ восприятия.

Поскольку во время просмотра каждый член группы обычно идентифицируется с кем-либо из героев (с тем из них, который наиболее близок по поведенческим и эмоциональным реакциям), то следующий шаг — указать ситуации в фильме, при которых он (член группы) наиболее сильно сопереживал герою, ощущал себя на его месте. Дается задание обсудить эти ситуации с точки зрения эмоциональной значимости — чем они запомнились пациенту, почему именно они вызвали сильную эмоциональную реакцию, как бы он поступил на месте этого персонажа.

Поиск у пациентов способности эмпатически соединяться с абсолютно различными людьми, которые могут быть эмоционально и поведенчески совершенно не близкими участнику обсуждения. Для этого, выбрав одного из «незначимых» персонажей, дается задание со своей точки зрения описать мотивы его поступков, вспомнить ситуации, в которых он был наиболее эмоционально близким, и затем попытаться описать его чувства в различные моменты фильма. Диагностика успешности этой попытки проводится с двух сторон: с одной стороны ведущим, а с другой — тем из участников, которому этот герой наиболее психологически близок (надо отметить, что эта задача не всегда решается сразу даже у наиболее эмпатически развитых подростков). В этот момент возможно возникновение дискуссии или даже спора между различными участниками группы, которые должны быть в нужный момент направлены в русло обсуждения ведущим. Данная ситуация является наиболее комфортной для открытого проявления чувств подростка. Ведущему ни в коем случае не следует пресекать разногласия в этот момент, или навязывать свой вариант решения ситуации, даже если участники выходят за рамки социально одобряемых мнений. Здесь особенно ценной становится возможность в открытую заявить о своих ценностях, убеждениях и принципах, не боясь осуждения со стороны. Нужно лишь избегать перехода в пылу спора на личностные особенности пациентов, постоянно возвращая их к тому, что мы обсуждаем и оцениваем именно фильм и поступки персонажей, а не присутствующих на группе и их мнения. Следует ориентировать пациентов на поиск некоего общего вывода из спорной ситуации, компромисса и затем завершать спор переспрашиванием:

«Правильно ли я понимаю, что вывод из этой сцены таков...?», т. е. подкреплением достигнутого результата.

Совместное обсуждение иных вариантов решения проблем, замеченных в фильме пациентами, интеллектуальный анализ ситуации (выстраиваются версии увиденного, разбираются действия героев, выявляется их мотивация и т. п.) фильма.

Для более полного самоанализа можно использовать не только беседу, но и рисование (чувств, героев фильма, нравственных дилемм), а также элементы психодрамы, где участники группы, становясь героями фильма, разыгрывают наиболее значимую или непонятную ситуацию (сцену из фильма).

В конце обсуждения, подводя итоги, можно поговорить о том, чему научил этот фильм, для чего режиссер выбрал именно эту тему, чем она значима для подростка, какой самый главный урок вынес каждый участник кинотерапии.

Терапевтические свойства воздействия метода определяются, во-первых, механизмом проекции. Фильм в этом случае является тем полотном, на которое не только режиссер, но и зритель может спроецировать свои отношения, переживания, мысли и чувства. Фильм часто помогает пациенту перенести содержание внутреннего мира вовне, то есть увидеть на экране то, что происходит в его собственной жизни. Такая проекция своих забот или психологических затруднений облегчает работу над ними. «Отделение» проблемы, проецирование ее на киноэкран уже само по себе оказывает полезное действие, помогая подростку увидеть себя как бы со стороны. Во-вторых, в кинотерапии активно работает такой механизм как идентификация, который, несомненно, связан с проекцией. Благодаря проекции и идентификации подросток выбирает такого киногероя, который наиболее ему близок в настоящий момент по характеру, способам поведения, решаемой ситуации, психологической проблеме и т. д. Пациент, выбирая героя и идентифицируясь с ним, проживает за время фильма его жизнь. Образ мыслей, чувства, привычки, черты характера, решения становятся как бы общими — либо спроецированными на героя, либо позаимствованные у него.

Подросток эмоционально включается в происходящее на экране. Стоит помнить о том, что хоть ситуация в кинофильме и вымышленная, но чувства — всегда настоящие. Поэтому золотое правило консультирования — “здесь и сейчас” — может быть выражением третьего механизма, задействованного в кинотерапии. Другими словами, целебный эффект этого вида арттерапии достигается еще и потому, что дает лич-

ности возможность пережить те чувства, которые не находят своего выражения в реальной жизни. Представляется важным рассмотреть еще один механизм, основанный на законе “фигуры и фона”. В соответствии с ним подросток выберет в фильме ту ситуацию (или героя, наиболее запомнившейся эпизод, фразу и т. п.), которая является для него “фигурой”, то есть наиболее значимой в данный момент.

Это можно отнести к четвертому механизму, работающему в кинотерапии, — актуализации значимой проблемы (потребности). Таким образом, фильм помогает не только актуализировать скрытые или казалось бы неявные проблемы, что необходимо для эффективной терапии, но и удовлетворять различные потребности личности.

Особенности использования метода в условиях стационара.

При обычной форме групповой работы трудность для пациентов стационара заключается в том, что не каждый может откровенно говорить о себе в присутствии людей, уровень доверия к которым катастрофически низок. Данный метод представляет условия для самораскрытия в более комфортной и безопасной ситуации — ведь здесь говорят не «про меня», а о чем-то, что происходит на экране. При этом, одни и те же ситуации, отношения, проигранные в фильме, в глазах другого человека могут иметь, с одной стороны, прямо противоположную трактовку, с другой — он может выделять при анализе совсем иные элементы. Как правило, наши пациенты обладают очень небольшим поведенческим репертуаром, и соответственно, страдает способность адекватно реагировать на происходящее в их жизни, адаптироваться к трудностям. Даже обычный, не замеченный в аддикции, подросток в силу незавершенности личностного формирования чаще объясняет действия героев, исходя из своих проекций (особенно если происходит отождествление с кем-либо из персонажей), и поэтому практически не замечает те нюансы поведения, которые указывают на иную трактовку действий, иные движущие мотивы и т. п. Пациентам нашего стационара гораздо сложнее сориентироваться во всем многообразии жизненных ситуаций в силу уже имеющихся проблем, как правило, идущих из дисфункциональности семей. Особенно страдает сфера эмоционального развития, восприятия чувств и состояний окружающих, способность к эмпатическому присоединению, сопереживанию. В процессе кинотерапии подросток учится выявлять и выстраивать логику поступков персонажей (а значит, и окружающих людей), видеть их скрытые мотивации, объяснять поведение человека, основываясь на его характеристиках, а не на своих проекциях. Метод учит самоанализу, новым навыкам решения проблем,

тренирует интеллект, способствует эмоциональной разгрузке, снятию стресса. Все это позволяет отнести его к одному из мощных терапевтических инструментов. В процессе просмотра и обсуждения наши пациенты учатся отслеживать причинно-логические связи событий фильма, эмоциональные тонкости, нюансы отношений — т. е. происходит непосредственное восприятие и обсуждении тех категорий, развитию которых в их обычной жизни, как правило, посвящается недостаточно сил и внимания.

5.3. Балльная система

Для отслеживания динамики работы пациента психолого-педагогическим коллективом нашего центра была разработана система баллов. При поступлении пациент получает 30 баллов. Они даются ему из расчета адаптационного периода, во время которого подросток не успевает запомнить все правила отделения и может за первые дни «уйти в минус». Каждый пациент оформляет себе карточку, в которой специалисты могут отмечать его успехи и нарушения. Любой специалист отделения может поставить пациенту как положительные, так и отрицательные балы, зафиксировать дату события и поставить свои инициалы. Каждое утро на групповом собрании пациентов и персонала зачитываются баллы каждого пациента, набранные за прошедшие сутки и события, за которые баллы были получены. Это позволяет специалистам новой смены узнать о поведении и активности пациентов, а также формирует картину общей динамики пациента в отделении в долгосрочном периоде.

Психологическая работа			
Срыв мероприятия	-7	Продуктивная активность при работе с психологом, консультантом	+3 — +10
Отказ от мероприятия	-5	Проведение, организация мероприятия	+6 — +8
Невыполнение заданий	-5	Инициатива в работе с психологом	+2
в отделении			
Пронос запрещенных предметов	-10	Отказ от курения на сутки (после каждого перерыва «покурил» — снижение баллов на 1)	+10 ↓
Физическое насилие	-9	Творческая деятельность	+4 — +10

Курение в неподобающем месте: Палата, в которой накурено (снимаются баллы + не курят сутки) Все отделение (снимаются баллы)	—8 —5	Участие в подготовке и проведении праздников, досуговых мероприятий	+6 — +10
Посещение чужой палаты	-8	Остановка насилия, конфликта	+8
Воровство	-8	Помощь на кухне и в прачечной	+4
Разговоры об употреблении (жесты, фразы)	-7	Уборка территории	+4
Оскорбление персонала или пациента (жесты, слова, действия)	-6	Внимательное отношение к себе и коллективу	+3
Умышленная порча имущества	-6	Удаление запрещенной символики (стены, мебель)	+3
Отказ от выполнения режима, отказ от выполнения требований персонала	-5	Мелкий ремонт	+3
Отказ от медицинских назначений	-5	Помощь в отделении	+3
Сексуально-провоцирующее поведение (прикосновения, поцелуи, массаж)	-4	Исправление ошибок	+2
Провокация на нарушение правил, манипуляция, ложь	-4	Ответственное выполнение поручений	+2
Нецензурные выражения	-3		
Общение через окно, забор с посторонними	-2		
Школа			
Срыв урока	-7	Проведение урока, реферат	+3 — +5
Отказ от урока, невыполнение заданий	-5	Помощь в усвоении материала, помощь в создании наглядных материалов	+3
		Дежурство по классу	+1

По итогам каждой недели (на пятничном круге):

Поощрение за не курение (не курит вообще) +15

Четкое выполнение ответственности +15

Продуктивная работа над собой +15

Незаинтересованность в работе над собой –15

Лучшая палата — чистота и порядок (всем жителям палаты) +4

Лидер недели – набрал большее количество баллов за неделю

6. Медицинская служба

6.1. Структура медицинской службы

Медицинская служба детского реабилитационного центра должна быть представлена следующими специалистами:

1. Дежурные врачи, находящиеся в стационаре круглосуточно, готовые оказать экстренную помощь пациентам в любое время суток, принимающие пациентов на госпитализацию в любое время. Дежурные врачи работают посменно сутки/трое или сутки/четверо.

2. Лечащие врачи-наркологи — врачи, закрепленные за каждым ребенком. Лечащий врач ведет пациента на протяжении всей госпитализации, назначает и корректирует лечение в зависимости от диагноза, динамики состояния. Лечащие врачи работают в стационаре каждый день, принимают участие в утренних обходах, чтобы пациенты имели возможность сообщить о своих проблемах со здоровьем, жалобах, беспокойствах. Лечащие врачи активно принимают участие в реабилитационном процессе, посещают утренние организационные мероприятия, разборы конфликтов, консилиумы по ухудшению поведения пациента в отделении, конференции персонала по обсуждению динамики каждого пациента.

3. Врач-педиатр — врач, отслеживающий соматическое состояние пациентов, не связанное с основным диагнозом и употреблением ПАВ (инфекционные заболевания, травмы, головные боли, боли в желудке и пр.). Педиатр проводит осмотры, в зависимости от ситуации назначает обследование врачей районных поликлиник (УЗИ, гинеколог, стоматолог, травматолог, гастроэнтеролог, хирург и др.).

4. Врач-психотерапевт — работающий вместе с медицинскими психологами, выполняющий те же функции: проведение индивидуальной психотерапии, проведение терапевтических групп с пациентами и родителями, участие во всех реабилитационных мероприятиях отделения.

5. Врач-психиатр — врач, проводящий осмотр пациентов по просьбе других врачей или психологов в случае подозрения отклонений психиатрического спектра (депрессии, психопатии, шизофрения и пр.).

6. Медицинские сестры различного профиля — выполняют назначения врачей (раздача лекарственных препаратов, термометрия, измерение АД, уколы, капельницы), ведение документации, сопровождение пациентов на выезды в поликлиники для осмотра врачами различных профилей. Медицинские сестры работают по графику дежурных врачей, находясь в стационаре круглосуточно, осуществляя дневной и ноч-

ной надзор за пациентами. Мед. сестры также контролируют передачи со стороны родственников на предмет запрещенных продуктов, вещей (сигареты, зажигалки, телефоны, аудио и видео аппаратура, провоцирующие книги и журналы и пр.). Процедурная медицинская сестра занимается сбором анализов.

7. Санитарки по наблюдению — выполняют наблюдательную функцию также в течение суток.

8. Для обеспечения полноценного медицинского обслуживания пациентов необходимо тесное сотрудничество с местными районными или окружными поликлиниками, в целях проведения дополнительных обследований и консультаций пациентов по необходимости (анализы, обследования ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ, рентген и пр.). На консультации и обследования вне стационара пациентов должны сопровождать сотрудники центра.

6.2. Особенности работы нарколога в детском наркологическом отделении.

*Врач психиатр-нарколог первой квалификационной категории
Пономарева М. В.*

Детско-подростковая наркология значительно отличается от «взрослой» рядом очень важных особенностей, с чем мне пришлось столкнуться впервые в 2007 году, когда я пришла работать в Городское Стационарное Детско-подростковое отделение Наркологического Диспансера № 12 г. Москвы. После 4-х лет работы со взрослым контингентом мне неожиданно открылась практически новая область медицины, для работы в которой необходимо изучить много нового материала. Сейчас, через 5 лет, я еще более отчетливо вижу, что в работе с подростками совершенно невозможно обойтись только медикаментозным лечением, а значит, необходимо разбираться как в психологии подросткового возраста, так и в психотерапии и психокоррекции, а также во множестве прочих вопросов, связанных с особенностями детского и подросткового возраста. Больше того, в большинстве случаев, как оказалось, без понимания такого фактора этиологии и патогенеза формирования зависимости у несовершеннолетних, как «дисфункциональная семья» и работы с ней, для ребенка нельзя ничего сделать в плане излечения от аддикции, стабилизации психической сферы и решения проблем его социализации.

Пациентами нашего отделения, открывшегося 1 апреля 2003 г. становятся дети и подростки с девиантным поведением, не всегда связанным с потреблением ПАВ, хотя, конечно, более 90% наших пациентов — «наркологические», остальные поступают в стационар в связи с бродяжни-

чеством, сложными конфликтными ситуациями в семье или школе, посттравматическими стрессовыми расстройствами. Возрастной диапазон пациентов находится в пределах 7–18 лет. В настоящее время коллектив отделения разрабатывает программу реабилитации, ориентированную именно на детско-подростковый контингент.

Мне бы хотелось кратко обрисовать основные отличия подростковой наркологии:

1. Нозологический состав пациентов детского наркологического отделения отличается от состава взрослого преобладанием пациентов с диагнозом «Употребление с вредными последствиями» разных ПАВ и их комбинаций (во взрослые отделения с таким диагнозом попадают разве что для освидетельствования перед службой в армии). Небольшой процент пациентов, у которых имели место единичные пробы ПАВ, или потребления ПАВ, находятся в отделении с различными диагнозами рубрики F 91.x. Во взрослой наркологии существует мнение, что мы работаем с донозологическими случаями, которые, по-видимому, представляются специалистам без опыта работы с подростками не очень сложными и существенными. Я могу сказать, что в истории любого пациента, например, попадающего в наше отделение с таким «смешным» для обычного нарколога диагнозом, как F 17.1 (потребление табака с вредными последствиями), со временем вскрываются довольно серьезные проблемы дезадаптации, и как может быть иначе, если родители пациента с таким, в целом, социально приемлемым явлением, как табакокурение, решились на госпитализацию ребенка в наркологический стационар.

2. Дети и подростки, экспериментирующие с алкоголем, наркотиками, токсическими препаратами, даже регулярно употребляющие эти вещества и даже имеющие в результате этого многочисленные проблемы (с родителями, школой, милицией, здоровьем и т.д.), отличаются от химически зависимых взрослых не только и не столько количеством потребляемых ПАВ или возрастом, сколько психологическими особенностями — структурой личности, ценностями, жизненными задачами и потребностями. Поэтому цели, мишени и средства реабилитационной работы с детьми и подростками сильно отличаются от аналогичных взрослых программ.

Эти различия обусловлены следующими основными особенностями:

- Огромный ресурс быстро развивающейся психики детей и подростков, который зачастую позволяет получить эффект уже от помещения подростка в благоприятную среду реабилитационного отделения с четкими рамками и границами. Мы часто видим, как меняется паци-

ент от госпитализации к госпитализации, часто не деградируя, как это, к сожалению, нередко наблюдается при повторных госпитализациях во «взрослой наркологии», а наоборот, возвращаясь новым человеком, способным воспринять и проработать ранее недоступное для него.

- Большой интерес подростков к самопознанию в естественном процессе формирования идентичности создает возможность вовлекать их в различные психотерапевтические и психокоррекционные занятия.
- Коренное отличие от реабилитационных программ для взрослых заключается в глубокой проработке вопроса «почему и ради чего происходит потребление?», так как последствия употребления, которые активно прорабатываются со взрослыми пациентами, не столь очевидны и существенны для наших пациентов.

3. Общими отличиями синдромологии наркологических заболеваний у несовершеннолетних от взрослых являются:

- нечеткость основных проявлений состояния химической зависимости;
- более высокий удельный вес так называемых непсихотических нарушений поведения;
- наличие специфических возрастных синдромов;
- быстрые темпы десоциализации;
- своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации.

4. Детская наркология в отличие от взрослой сталкивается с большим разнообразием ПАВ — например, наши пациенты употребляют такие необычные для пациентов взрослых наркологических клиник препараты, как «аптечные» холинолитики (Триган Д (дицикловерин), Цикломед, Тропекамид), демонстрируя потребление с потерей всех видов контроля, формирование синдрома психической зависимости и личностных изменений, рост толерантности, выраженное патологическое влечение к веществам — те же проявления болезни зависимости от алкоголя и наркотиков. Из синдромов, необычных для наркологии взрослых, мы наблюдаем, например, специфическое психическое снижение, характерное для потребителей ЛОР. Эти пациенты, если не прекращают употребление ПАВ, переходят на употребление алкоголя с быстрым формированием синдрома зависимости.

5. Как я уже упоминала ранее, дисфункция родительской семьи является одним из важнейших факторов в развитии наркологической патологии у подростков. Наблюдается высокий процент семей с нарушенной структурой. При изучении наследственного фона у больных подросткового возраста обращает на себя внимание большой процент наслед-

ственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, но надо оговориться, что, если наследственная отягощенность встречается в анамнезе не всех (но большинства) наших пациентов, то дисфункциональная семья — явление, встречающееся гораздо чаще в нашей практике. Так же, как и в наркологии взрослых, важно выявление созависимости в семье наркологического больного и работа с родственниками в этом направлении.

6. Любому наркологу известно, что личность врача играет огромную, если не главную, роль для наркологического больного. Пациент идет к «своему» врачу, который является для него авторитетом, лечится у него на протяжении многих лет, соглашается на лечение под влиянием авторитета врача и его убеждений. Для детской наркологии это в принципе менее характерно, что связано с отсутствием мотивации на лечение у наших больных, отсутствием опыта потерь вследствие употребления, в результате чего пациенты обращаются в стационар скорее под влиянием жизненной ситуации и внешнего давления, чем по собственному запросу. Существующий барьер «ребенок-взрослый» также препятствует обращению пациентов к врачу-наркологу. Для эффективной работы в детской наркологии, на мой взгляд, необходимо средовое воздействие, то есть создание для ребенка особой атмосферы в наркологическом стационаре и длительное пребывание пациента в этой среде с параллельно ведущейся интенсивной работой с семьей. Здесь работает такое явление, как «научение подростка» путем ежедневного, ежеминутного примера со стороны персонала отделения, дающего таким образом ребенку навыки правильного общения, навыки жизни вне употребления. В моей работе в детском наркологическом отделении есть много дополнительных функциональных обязанностей, которые я считаю никак не менее важными, чем основные. Среди них можно выделить следующие направления:

1. Участие в работе с семьей: семейное консультирование совместно с психологом, ознакомление родственников с признаками потребления ПАВ, проведение информационных бесед с родителями и опекунами пациентов по вопросам наркологических заболеваний и вопросам созависимости, мотивирование родственников на посещение мультисемейных групп, индивидуальных семейных консультаций и тренингов для родителей в нашем отделении, а также групп Ал.-Анон.

2. Работа с пациентами на постстационарном этапе: участие в разработке планов реабилитации на постстационарном этапе, встречи с выписанными пациентами; консультирование по поддерживающему лечению и сохранению трезвого образа жизни.

3. Участие в реабилитационных мероприятиях в отделении:

- за время работы в отделении мною подготовлены и регулярно проводятся следующие лекции для пациентов: «Табакокурение как зависимость и его последствия», «Последствия потребления ЛОР», «Стадии развития синдрома зависимости», «Механизм повреждающего действия алкоголя на ткани и органы человека», «Последствия потребления психостимуляторов», «Последствия употребления холинолитиков и других «аптечных» ПАВ», «Алкогольные психозы», «Влияние алкоголя, наркотиков и токсических веществ на плод во время беременности», «Опийная наркомания».
- регулярное участие в медико-психолого-педагогических консилиумах по тактике лечения и реабилитации, а также участие в различных консилиумах по разрешению конфликтных ситуаций в отделении, по систематическому нарушению правил, по переходу на различные ступени реабилитации в отделении, участие в разработке реабилитационных мероприятий «Квартала», посещение детских праздников, поддержка творческих начинаний пациентов.

Суммируя все вышесказанное, я хочу сказать, что детская наркология является очень специфической областью медицины, она плотно сопрягается как с психологией, так и с психиатрией, как с педагогикой, так и с психотерапией. Данная область является также очень ресурсной — наши пациенты нуждаются в создании новой системы ценностей, отличной от принятой в их среде, при этом наркологическая патология не является у них, как правило, далеко зашедшей, поэтому при правильной, продуманной (в соответствии с реабилитационной программой) организации работы детского наркологического стационара удастся достичь значительных результатов.

Деятельность врача-нарколога в реабилитационном центре «КВАРТАЛ»

Врач психиатр-нарколог Тимофеева Е. П.

Данное учреждение было открыто в 2003 году для оказания профилактической, лечебной помощи детям и подросткам, страдающим химической зависимостью, склонных к девиантному поведению, испытывающим трудности в общении и адаптации, а так же родителям таких подростков.

Деятельность врача психиатра-нарколога в данном учреждении подразумевает обеспечение квалифицированной диагностики заболеваний у детей и подростков, употребляющих различные ПАВ, а так же осуществление адекватного лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи детям и подросткам.

В обязанности лечащего врача входит ежедневные участия в утренних конференциях, на которых заслушиваются доклады дежурной смены о состоянии здоровья и особенностях поведения пациентов за прошедшие сутки, участие в обходах совместно с заведующим отделением, сборе жалоб, осмотре детей и подростков, закреплённых за данным врачом.

Врач ведёт наблюдение за пациентом в течение всего периода пребывания последнего в отделении, отмечая различные изменения состояния в истории болезни и делая при необходимости соответствующую коррекцию фармакотерапии. Контролирует выполнение пациентом лечебно-охранительного режима. Следит за тем, чтобы медицинский персонал соблюдал этику и деонтологию в общении с пациентами.

Так же в обязанности врача психиатра-нарколога входит суточное дежурство.

Врач психиатр-нарколог принимает непосредственное участие в разработке плана психокоррекционных мероприятий совместно с психологом, консультантом по химической зависимости и психотерапевтом.

Огромная работа ведётся врачом в отношении мотивации родителей на сотрудничество. Зачастую родители или законные представители подростка не осознают всей тяжести состояния больного и важности своего участия в его выздоровлении.

В целом лечебная работа врачом психиатром-наркологом ведётся в трёх направлениях:

- Работа с детьми и подростками с химической зависимостью
- Работа с родителями
- Совместная работа с родителями и детьми.

Лечение включает в себя:

1. Купирование явлений абстиненции, дезинтоксикационная терапия. В случае поступления подростка в состоянии средней тяжести или тяжёлой врач немедленно переводит пациента в ДКБ № 13, в НИИ им.Склифасовского. При подозрении у пациента инфекционного заболевания нарколог вызывает дежурную инфекционную бригаду для консультации и при необходимости перевода в инфекционные больницы города.

2. Патогенетическое лечение (назначение нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсанов, ноотропов). Дозы лекарственных препаратов назначаются в зависимости от состояния пациента, его массы и возраста.

3. Назначает симптоматическую и общеукрепляющую терапию, направленную на поддержание функции систем пищеварения, дыхания, выделения.

6.3. Проведение групповых занятий врачом-педиатром детского реабилитационного центра.

Фридман Е. В.

Цель: сформировать базу общемедицинских знаний у пациентов, направленную на создание ответственного отношения к здоровью, на выработку критического отношения к употреблению психоактивных веществ.

Задачи:

- 1) информировать пациентов в области общей анатомии и физиологии (особенности пубертатного периода, строение человеческого тела и пр.);
- 2) продемонстрировать основные возможности в вопросах контрацепции и планирования семьи;
- 3) обсудить возможности инфицирования, профилактику, пути передачи социально-значимых заболеваний;
- 4) осветить возможности инфицирования, профилактику, пути передачи вирусных гепатитов; инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ.

Работа врача-педиатра в детско-подростковом реабилитационном наркологическом стационаре сводится не только к непосредственно лечебному процессу, но и к формированию необходимого минимума медицинских знаний, ответственного отношения к своему здоровью, что способствует профилактике и реабилитации употребления различных видов ПАВ.

В нашем отделении при общении с пациентами мы столкнулись с «медицинской неграмотностью» подростков. Большинство из них не задумывалось о последствиях употребления ПАВ для здоровья, возможности инфицирования различными заболеваниями.

В последние годы в России отмечается тенденция к увеличению заболеваемости социально-значимыми инфекциями среди детей и подростков. Это связано с ростом употребления подростками инъекционных наркотических средств, увеличением общего числа половых контактов, в том числе незащищенных, раннее начало половой жизни. Особую группу составляют дети и подростки из социально неблагополучной среды (неполные, девиантные, асоциальные семьи, дети — БОМЖ).

Для детско-подростковой среды характерна достаточная информированность о видах наркотических средств и эффектах их воздействия на организм. В то же время, для подростков характерно пассивное отношение к приему наркотиков среди сверстников, товарищей по классу и друзей.

С увеличением числа потребителей ПАВ среди детей и подростков

наблюдается увеличение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами «В» и «С», инфекций, передающихся половым путем, педикулезом, чесоткой, туберкулезом.

Для повышения образовательного уровня в «медицинском» вопросе, нами был разработан и внедрён в практику курс интерактивных лекций-занятий, который проводится врачом педиатром.

Курс лекций рассчитан на 6–8 занятий по 30–45 минут, с периодичностью 1 раз в неделю. Для большей наглядности используются фрагменты документального сериала «Тело человека» производства компании BBC, а также мультипликационный фильм «Когда девочка вырастет» производства компании «Гедеон-Рихтер».

Основные темы и структура лекций:

1. Тело человека. Анатомия и физиология.

1.1. Краткая анатомия и физиология.

1.2. Функционирование различных органов и систем. Взаимосвязь между ними.

1.3. Возрастные особенности анатомии.

2. Тело человека. Мозг. Основные функции, особенности строения. Влияние ПАВ на высшую нервную деятельность.

2.1. Краткая анатомия ЦНС.

2.2. Физиология головного мозга. Синаптическая передача.

2.3. Влияние ПАВ на мозг, на когнитивную функцию, последствия употребления ПАВ для ЦНС.

3. Анатомия и физиология беременности.

3.1. Особенности поведения беременных.

3.2. Периоды беременности.

3.3. Течение родов, физиологические параметры.

4. Особенности пубертатного развития девушек и юношей.

4.1. Железы внутренней секреции, ответственные за выработку половых гормонов.

4.2. Особенности анатомии

девочки — девушки — женщины

мальчики — юноши — мужчины.

4.3. Краткая физиология беременности.

4.4. Методы и способы контрацепции.

4.5. Интимная гигиена.

5. Вирусные гепатиты. Пути передачи, профилактика, лечение, прогноз.

5.1. Классификации.

5.2. Этиология, патогенез.

- 5.3. Пути передачи.
- 5.4. Краткая клиническая характеристика.
- 5.5. Профилактика.
- 5.6. Прогноз, лечение.
- 5.7. Правовые аспекты.
- 6. *Социально-значимые заболевания (педикулёз, чесотка, туберкулёз).*
Пути передачи, профилактика, лечение, прогноз.
 - 6.1. Краткая клиническая картина scabies и педикулёза.
 - 6.2. Способы заражения, пути передачи.
 - 6.3. Профилактика.
 - 6.4. Прогноз, лечение.
- 7. *СПИД, ВИЧ. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты.*
 - 7.1. Влияние ВИЧ на жизненные системы.
 - 7.2. Особенности диагностики.
 - 7.3. Пути передачи, способы заражения
 - 7.4. Методы профилактики.
 - 7.5. Особенности беременности, родоразрешения и вскармливания новорожденных при ВИЧ.
 - 7.6. Прогноз, краткие особенности лечения.
 - 7.7. Правовые аспекты.
- 8. *Заболевания, передающиеся половым путём. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты.*
 - 8.1. Краткий обзор нозологических форм ИППП.
 - 8.2. Профилактика, способы контрацепции.
 - 8.3. Основные принципы лечения.
 - 8.4. Прогноз; правовые аспекты.
- 9. *Пагубное влияние ПАВ на здоровье.*
 - 9.1. Влияние никотина на состояние кожи.
 - 9.2. Вредное воздействие летучих органических растворителей на деятельность ЦНС.
 - 9.3. Вредные последствия употребления алкоголя для органов и систем.
 - 9.4. Воздействие наркотических веществ на организм подростка.
- 10. *Практическое занятие по оказанию первой медицинской помощи в критических ситуациях.*
 - 10.1. Принципы наложения фиксирующих повязок при переломах и травмах конечностей.
 - 10.2. Способы остановки кровотечения.
 - 10.3. Первая помощь при ожогах.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер. Двухлетний опыт проведения подобных лекций показал, что базовый уровень медицинских знаний у подростков снижен, но актуальна их собственная потребность в его восполнении: пациенты с интересом слушают, обсуждают, задают вопросы и учатся применять полученные знания к себе. По мере получения медицинской информации отмечается формирование ответственного отношения к здоровью, то есть подростки начинают внимательнее подходить к выбору полового партнера; формирование критического отношения к употреблению психоактивных веществ, в частности, переходят на использование только одноразовых шприцев. Формируется направленность личности с опорой на бережное отношение к собственному здоровью.

7. Консультанты в детском реабилитационном центре

Одним из отличий детского реабилитационного центра для подростков с аддиктивным поведением является наличие такой службы, как консультанты. Консультант — химический зависимый мужчина/женщина, имеющий достаточно длительный (несколько лет) устойчивый опыт выздоровления по Программе 12 Шагов, готовый поделиться своим опытом выздоровления с подростками. Консультанты — опора реабилитационного процесса. В отличие от медицинских психологов, консультанты делятся непосредственно своим опытом выздоровления, решения ситуаций, представляют собой наглядный пример для пациентов возможности прекратить употребление ПАВ и начать выздоравливать. Поскольку консультанты — зависимые люди, они представляют собой особую ценность и для персонала отделения, поскольку основываясь на собственном опыте могут поделиться с коллегами особенностями структуры зависимой личности, рекомендовать определенные модели поведения и общения с зависимыми пациентами. В реабилитационном центре консультанты проводят как индивидуальную, так и групповую работу с пациентами по программе 12 Шагов. Одной из задач консультантов является знакомство пациента с Программой 12 Шагов, сообществами Анонимных Наркоманов, Анонимных Алкоголиков с возможным последующим присоединением замотивированных пациентов к сообществу. В реабилитационном центре должны также проводиться спикерские группы АА и АН, нацеленные на знакомство подростков со структурой сообществ, формированием мотивации на посещение подобных групп во время реабилитации и после выписки из стационара. Для выздоравливающих пациентов, проявивших особые успехи в работе над собой, предоставляется возможность посещения городских групп АА, АН, ВДА (взрослые дети алкоголиков) во время прохождения реабилитации в стационаре, то есть сотрудниками центра либо представителями сообществ осуществляется сопровождение пациентов на группы вне стационара.

Сообщества Анонимных Алкоголиков (АА), Анонимных Наркоманов (АН) и программа «12 Шагов»

Сообщество АА возникло после встречи в г. Акроне, штат Огайо (США), двух «безнадежных» — биржевого маклера Билла (Уильям Гриффит Вильсон, 1895–1971) и хирурга Боба (Роберт Хальбрук Смит, 1879–

1950). Билл прошел курс лечения уже в десятках наркологических заведений, а Боб не мог больше оперировать. Благодаря Сообществу АА оба они отказались от алкоголя до конца жизни.

Датой рождения Сообщества АА принято считать 10 июня 1935 г. Основы движения АА были заложены несколько раньше членами научно-религиозной Оксфордской группы. Одним из идеологов этой группы был Юнг (Jung C. G.), идеи которого нашли отражение в принципах работы групп АА. В 1953 г. Сообщество АА насчитывало 111 000 членов, объединенных в 5000 групп (в основном в США и Канаде), однако в 1988 г. оно охватывало уже 1,7 млн. человек (свыше 83 000 групп). В настоящее время программа АА используется в 140 странах и насчитывает более 3 млн. членов. Гербом Сообщества АА является круг и вписанный в него треугольник. Круг означает всемирное значение Сообщества АА, стороны треугольника символизируют выздоровление, единство и помощь.

Основой существования АА является анонимность, которая выполняет две разные, но одинаково важные функции:

- на уровне личного общения анонимность позволяет членам сообщества предотвратить разглашение того факта, что они больны алкоголизмом — болезнью, порицаемой обществом;
- при контактах с прессой, радио, телевидением анонимность подчеркивает равенство всех членов сообщества, пресекая тем самым возможность воспользоваться своим членством в нем для достижения признания власти, обогащения и других личных выгод.

Устав АА запрещает какую-либо рекламу Сообщества. АА готово предоставить любую информацию о своей деятельности всем желающим, но никогда активно не вовлекает в него. Член группы АА может в любой момент выйти из него и вновь вернуться в любую группу.

Добровольность принятого решения имеет очень сильный психотерапевтический эффект и мобилизует больного алкоголизмом с большей ответственностью относиться к собственному лечению — выздоровлению.

В 1939 г. была издана первая книга «Анонимные Алкоголики», в которой алкоголизм описывался с точки зрения самих больных алкоголизмом, были сформулированы основные духовные идеи и 12 шагов (ступеней) программы АА, которые предлагались как программа выздоровления.

Предлагаемая Сообществом АА программа выздоровления изложена в «12 шагах». Для поддержания единства Сообщества АА служат 12 традиций. Основная существенная информация о Сообществе АА содер-

жится в так называемой «Преамбуле АА»: «Анонимные Алкоголики являются сообществом мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждой с целью решить свою общую проблему и помогать другим выздороветь. Единственным условием членства является желание бросить пить. В Сообществе АА нет членских взносов и билетов. Оно само обеспечивает себя путем добровольных взносов. Сообщество АА не связано ни с какой сектой, с вероисповеданием, партией или организацией; оно не вступает ни в какие полемики, не занимает никакой точки зрения в каких бы то ни было спорах. Нашей первейшей целью является сохранение трезвости и помощь другим алкоголикам в ее достижении».

Первое знакомство с содержанием «12 шагов» может вызвать подозрение, что тебя пытаются заманить в какую-то организацию или секту. Так могут рассуждать только те, кто знаком с программой поверхностно и потому не знает, что от членов Сообщества АА никто не требует признания одной-единственной концепции Бога («силы большей, чем мы сами»). При более внимательном изучении содержания «12 шагов» легко можно заметить, что любой член Сообщества АА сам определяет свою «Высшую силу», т. е. Бога «как он Его понимает», и никто из остальных членов не вправе что-либо диктовать. Один из основателей сообщества АА, Билл, в книге под названием «АА достигают зрелости» по этому вопросу писал: «Атеистам и агностикам скажи четко, что они вовсе не обязаны принимать Бога в нашем понимании. Пусть вместо Бога признают какую-либо свою разумную правду. Самое важное, чтобы все они поверили, что существует какая-то сила, более великая, нежели они сами».

Программа практически доступна для любого алкоголика, невзирая на его возраст, образование, общественное положение, религию. Она позволяет взглянуть на суть болезни (зависимости) и на самого себя, проанализировать свои межличностные контакты, помогает познать и обогатить потенциальные возможности собственного «Я», а также дает ориентиры для достижения трезвости. Трезвость в Сообществе АА понимается значительно шире, чем сама абстиненция, поскольку она подразумевает другой, измененный способ мышления, восприятия себя и других, а также способность зрело и «трезво» жить и функционировать. Сформулированные в «12 шагах» цели реализуются отдельными членами групп по-разному, а «шаги» лишь предлагают очередность анализа собственных переживаний и опыта и достижения перемен. То, что происходит с человеком, добросовестно выполняющим программу «12 шагов», весьма тождественно происходящему с ним во время психо-

терапевтического процесса (Woronowicz В. Т., 1990, 1992). Обязательные нормы, формы работы и языковые обороты заметно разнятся между собой, но тем не менее процесс самопознания и знакомства со своими проблемами, проявление готовности к личностным изменениям и самих изменений поведения очень сходны. Рассмотрим под этим углом зрения отдельные шаги.

1-й шаг — «Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью» — является началом всех действий, способствующих прекращению алкоголизации. Подчеркивается необходимость признания собственного бессилия по отношению к алкоголю и неизбежность своей капитуляции, без чего не может начаться процесс выздоровления. Это очень важный шаг, ибо только осознание своего бессилия и потери контроля над собственной жизнью, а также убеждение в окончательном поражении могут вызвать у алкоголика потребность обратиться за помощью.

2-й шаг — «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье» — призывает к умалению своего «Я», ибо вера в «Силу более могучую» несовместима с чувством собственной исключительности, своего всемогущества. Опора на «Силу более могучую» осуществляется посредством как признания существования Бога («как мы Его понимаем»), так и обращения за помощью к другому человеку (к терапевту, супругу, спонсору Сообщества АА) или коллективу. 2-й шаг позволяет алкоголику избавиться от чувства «центра мироздания» и связанных с ним гнетущих обязанностей.

3-й шаг — «Приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу как мы Его понимаем» — это начальный шаг, поскольку он опирается на действия, ограничивающие собственную волю и чувство силы. В трудные моменты жизни поддержкой для лиц, прорабатывающих этот шаг, может служить молитва о душевном покое, «позаимствованная» членами Сообщества АА у римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество — изменить то, что могу, и мудрость — отличить одно от другого».

4-й шаг — «Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения» — это призыв взглянуть на себя честно, без обмана, отмечая как свои недостатки, так и достоинства, осознавая причины происшедшего. Добросовестный и искренний анализ («с нравственной точки зрения») дает верный диагноз ситуации, что, в свою очередь, позволяет предпринять меры, направленные на достижение желаемых изменений.

5-й шаг — «Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений» — можно сравнить с исповедью, освобождающей человека от чувства одиночества, позволяющей надеяться на прощение со стороны другого человека и тем самым примирение с самим собой. Избавление от чувства изоляции и вины и вместе с тем обретение реалистичного образа самого себя — вот очередные действия по пути к достижению состояния внутреннего покоя, дающего возможность выздоровления (трезвости).

6-й шаг — «Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков» — предлагает подготовиться к дальнейшим изменениям. Готовность к избавлению от всех своих слабостей является условием совершенствования. Однако совершенство для большинства людей недостижимо. Тем не менее, можно стремиться к заданной цели, постоянно самосовершенствуясь.

7-й шаг — «Смиренно просили Его исправить все наши недостатки» — создает фундамент полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее. Особо подчеркивается необходимость смирения (не смешивать с унижением) и изменения жизненных условий. Многолетний опыт показывает, что ни один алкоголик не способен сохранить трезвость, забывая о чувстве смирения.

8-й шаг — «Составили список всех тех, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

9-й шаг — «Лично возместили причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому» — это шаг конкретных действий, которые позволяют упорядочить свои отношения с окружающими. Предлагается произвести огромную работу в эмоциональной сфере, без чего невозможно собственное перерождение и изменение отношений с другими людьми. Составление списка тех, кому мы причинили зло, и возмещение причиненного ущерба позволяет, в конечном счете, избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями имевшей место ранее несправедливости. Совершение этого акта, как и при психотерапии, позволяет продолжать процесс выздоровления.

10-й шаг — «Продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу их признавали» — учит подводить итоги, ежедневно отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признаваться в них, исправлять их «на ходу». Шаг предохраняет от возврата к старым представлениям и поведению, которые могли бы затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возврат к употреблению алкоголя.

11-й шаг — «Стремление путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом как мы Его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого» — в очередной раз укрепляет смирение и довершает капитуляцию, а также подчеркивает «духовный» аспект программы.

12-й шаг — «После духовного пробуждения мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах» — является допингом для тех, кто, будучи трезвым, живет «новой жизнью». Они понимают, что для закрепления временно-го успеха необходимо делиться своим опытом с другими. «Нести послание» путем оказания помощи другим дает удовлетворение и одновременно воспитывает чувство уважения к самому себе, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

Нетрудно заметить, что 1-й шаг способствует замене образа человека, контролирующего количество выпитого алкоголя, на образ личности, которая это делать не в состоянии. Поскольку опыт многочисленных проб самостоятельного решения алкогольной проблемы учит, что возврат к здоровому образу жизни без внешнего воздействия невозможен, необходимым является поиск Высшей Силы, которая могла бы в этом помочь (2-й шаг). Очередным действием должно быть согласие воспользоваться этой помощью (3-й шаг). Следующие действия — это анализ ситуации, вызывающей страх и чувство вины (4-й шаг). Затем следует поделиться своими проблемами с Высшей Силой и с другими людьми, т. е. избавиться от чувства одиночества и получить надежду на прощение (5-й шаг). После соответствующей подготовки (6-й шаг) следует обращение к Высшей Силе с просьбой о помощи в совершении перемен (7-й шаг). Составление списка обиженных (8-й шаг) позволяет исправить и забыть содеянное зло (9-й шаг), 10-й шаг — это совет систематического повторения 4-го и 5-го шагов для сохранения эмоционального равновесия, что обеспечивает непрерывность процесса выздоровления. Во время прорабатывания 11-го шага укрепляется фундамент, заложенный в 3-м, т. е. вера в помощь Высшей Силы. 12-й шаг — это венечный шаг пройденных шагов, он воспевает жизнь и бескорыстное даяние.

Программа Сообщества АА «12 шагов» определяет направление и этапы процесса психотерапии и, подобно ей, позволяет устранить признаки болезни, а также добиться положительных изменений в состоянии здоровья и поведения при помощи психологических средств.

Наиболее компетентными людьми в этой области являются специально подготовленные терапевты-консультанты, бывшие алкоголики,

не употребляющие алкоголь в течение нескольких лет и являющиеся членами Сообщества АА.

Программа «12 шагов» после небольшой адаптации нашла применение в сотнях других групп самопомощи. В мире существуют, например, группы Анонимных наркоманов (с 1953 г.), Анонимных азартных игроков (с 1957 г.), Анонимных обжор (с 1960 г.), Анонимных лиц с эмоциональными проблемами (с 1971 г.), Анонимных должников (с 1976 г.), Анонимных кокаинистов (с 1982 г.), Анонимных никотинистов (с 1985 г.), а также группы Взрослых детей алкоголиков (с 1984 г.). Кроме того, существуют группы Анонимных астматиков, Страдающих мигренью, Суицидентов, людей, имеющих семейные проблемы, и т. п. Эти факты однозначно говорят об универсальности и популярности программы «12 шагов».

В Большой книге, которую также называют Библией Анонимных Алкоголиков, содержатся 30 личных историй болезни, в которых алкоголики честно рассказали о своем алкогольном прошлом и о своем возвращении к трезвому образу жизни. Книга «Анонимные Алкоголики» стала основным текстом сообщества и до сих пор является таковым. Быстрый рост движения АА в США после публикации этой книги вызвал множество проблем с членством, деньгами, личными взаимоотношениями, руководством группами и т. д. Чтобы преодолеть возникшие в ходе развития АА проблемы, в 1946 г. были опубликованы и затем одобрены на I международном съезде АА в Кливленде в 1950 г. 12 традиций:

1. Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА.

2. В делах нашей группы есть лишь один высший авторитет — любящий Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители всего лишь облеченные доверием исполнители, они не приказывают.

3. Единственное условие для того, чтобы стать членом АА, — это желание бросить пить.

4. Каждая группа должна быть вполне самостоятельной, за исключением дел, затрагивающих другие группы или АА в целом.

5. У каждой группы есть лишь одна главная цель — донести наши идеи до тех алкоголиков, которые все еще страдают.

6. Группе АА никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем, не отвлекали нас от нашей главной цели.

7. Каждой группе АА следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.

8. Сообщество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.

9. Сообществу АА никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, посредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.

10. Сообщество Анонимных Алкоголиков не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности; поэтому имя АА не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.

11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио и кино.

12. Анонимность — духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Сообщество АА издает информационные брошюры, переиздает основные книги: «Анонимные Алкоголики», «12 шагов и 12 традиций», «Жить трезвым».

Один из видных деятелей АА Виктор О., отвечая на вопрос, есть ли методы и программы более эффективные, чем АА, сказал: «Да, несомненно, есть — это содружественная работа АА и профессионалов». Подходы, найденные в сообществе АА, лежат в основе лечебных программ многих реабилитационных центров для наркозависимых.

Первые группы АА в нашей стране организованы в 1988 г. (в Ленинграде — группы «Алмаз» и «Нева», в Москве — группа «Московские начинающие»). В настоящее время движение АА в России ширится, группы АА имеются практически во всех крупных городах.

Анонимные Наркоманы (АН)

Международное общественное сообщество выздоравливающих зависимых. Начавшееся в 1947 году движение АН сейчас является одним из старейших и крупнейших среди сообществ подобного типа в мире. Оно проводит в семидесяти странах мира еженедельно почти двадцать тысяч собраний. Мы расскажем в этой статье, что такое Сообщество «Анонимные Наркоманы» и что программа выздоровления предлагает больным зависимостью. Мы расскажем, как службы АН организованы на местном, национальном и международном уровнях. Мы разъясним,

как Анонимные Наркоманы сотрудничают с другими структурами, заинтересованными в помощи зависимым. Наконец, мы предоставим информацию относительно членства в АН и о росте АН в мире.

История

Анонимные Наркоманы выделились из Сообщества “Анонимные Алкоголики” в конце 1940-х. В первой половине 50-х годов собрания АН проводились только в районе Лос-Анджелеса, в Калифорнии (США). Много лет Сообщество АН развивалось очень медленно, распространившись от Лос-Анджелеса до других крупных городов Северной Америки и Австралии к началу 1970-х. Ассамблея делегатов отдельных групп АН впервые собралась в 1978 г. В 1983 Анонимные Наркоманы издали одноименный «Базовый текст», и с тех пор скорость роста Сообщества взмыла подобно ракете. Группы быстро сформировались в Бразилии, Колумбии, Германии, Индии, Республике Ирландия, Японии, Новой Зеландии и Великобритании. Через три года после первой публикации «Базового текста» АН число групп Анонимных Наркоманов почти утроилось. Сегодня Анонимные Наркоманы довольно хорошо организованы повсюду в Западной Европе, обеих Америках, Австралии и Новой Зеландии. Вновь сформированные группы АН появились в Индокитае, Африке, Восточной Азии, Ближнем Востоке и в Восточной Европе.

Программа

Самая ранняя одноименная книга Анонимных Наркоманов, известная как «Базовый текст», описывает АН как «некоммерческое Сообщество мужчин и женщин, для которых наркотики стали главной проблемой. Мы — выздоравливающие зависимые, которые встречаются регулярно, для того чтобы помогать друг другу оставаться чистыми»¹. Единственным условием для участия в АН является желание прекратить употребление. Членом АН может стать любой зависимый, независимо от используемого наркотика или комбинации используемых наркотиков. Не имеется никаких социальных, религиозных, экономических, расовых, этнических, национальных, половых или классовых ограничений для вступления в сообщество. Членство в Анонимных Наркоманах абсолютно добровольное, никакие списки членов или отчеты о посещаемости не ведутся ни для АН, ни для кого-либо еще. Члены АН посещают собрания тогда, когда считают нужным. Не имеется никаких вступительных или членских взносов. Хотя большинство членов регулярно вносят небольшие суммы, чтобы помогать оплатить расходы на собрания группы, эти пожертвования не являются обязательными.

Ядро программы выздоровления Анонимных Наркоманов — после-

довательность личных поступков, известная как «Двенадцать Шагов» — адаптировано из программы Анонимных Алкоголиков. «Двенадцать Шагов» — это те принципы, которые делают выздоровление возможным. Они представляют собой:

- признание наличия проблемы зависимости и невозможности справиться с ней собственными силами;
- обращение за помощью;
- формирование доверия миру и людям;
- честный взгляд на себя;
- изменение своего поведения;
- возмещение причинённого когда-либо ущерба, себе и другим;
- помощь желающим выздоравливать зависимым;
- и, как результат, обретение нового образа жизни.

Важнее всего в программе — акцент на том, что обозначается как духовное пробуждение. «Духовное пробуждение» имеет сугубо практическую ценность, а не преследует цель экспорта философских или метафизических идей. Этим достигается легкость преодоления программой границ между культурами.

Анонимные Наркоманы не являются религиозной организацией и поощряют каждого члена Сообщества к своему пониманию «духовного пробуждения», неважно — религиозному или нет. Анонимные Наркоманы полагают, что один из ключей к успеху — помощь одного зависимого другому. На собраниях члены Сообщества делятся своим личным опытом с другими ищущими помощи — не как профессионалы, но просто как люди, пережившие похожую ситуацию и нашедшие решение. Анонимные Наркоманы не имеют профессиональных врачей, реабилитационных центров или больниц. АН не обеспечивают работой и никакими юридическими, финансовыми, психиатрическими или медицинскими услугами. В АН есть понятие «спонсор». Самое правильное определение этого понятия — «наставник, опытный член Сообщества, который предоставляет неформальную помощь более молодому участнику».

Основой Сообщества «Анонимные Наркоманы» являются собрания групп АН. Каждая группа самоуправляется, руководствуясь принципами, общими для всего Сообщества, и описанными в наших книгах. Анонимные Наркоманы не имеют иерархической руководящей структуры. Группы не имеют в своей собственности никаких лечебных подразделений и арендуют место для проведения собраний в помещениях, принадлежащих общественным, религиозным или медицинским организациям. Собрания могут быть «открытыми», где может присутствовать любой

человек, или «закрытыми», куда допускаются лишь те, кто сам имеет проблему с наркотиками. Собрания ведут члены АН, а другие участники по очереди рассказывают о своем опыте выздоровления от зависимости.

Программа АН использует очень простую концепцию зависимости, ориентированную на личный опыт зависимых. Мы верим, что помощь одного зависимого другому обладает ни с чем не сравнимой терапевтической ценностью. Анонимные Наркоманы не используют термин «болезнь» ни в каком медицинском или психотерапевтическом смысле, и при этом АН не делают попыток убедить других людей в правильности своих представлений. Участники Сообщества договорились считать зависимость болезнью, чтобы эффективно помогать друг другу, пользуясь подходящими к ситуации определенными терминами.

Анонимные Наркоманы рекомендуют своим членам соблюдать полное воздержание от всех наркотиков, включая алкоголь, и даже от веществ, отличных от привычного им наркотика, хотя единственное требование для членства в АН — «желание прекратить использовать наркотики». Опыт членов АН, которые полностью прекратили употребление наркотиков, свидетельствует, что непрерывное воздержание обеспечивает наилучшую основу для восстановления и личностного роста. Однако Анонимные Наркоманы как Сообщество не имеют никакой определенной точки зрения на использование кофеина, никотина или сахара. Точно так же использование предписанных врачами лекарств для лечения определенных физических или психических заболеваний ни поощряется, ни запрещается АН. Если выработка решения в этих вопросах затруднительна, Анонимные Наркоманы рекомендуют своим членам искать советы для выбора наилучшего пути в своем собственном опыте, опыте других выздоравливающих и рекомендациях квалифицированных профессионалов.

Еще одно следует сказать относительно программы Анонимных Наркоманов. Члены Сообщества признают, что АН — всего лишь одна организация среди многих, занимающихся проблемами зависимости. АН понимают, что добились значительных успехов в решении собственных проблем с зависимостью, но отнюдь не утверждают, что имеют программу, подходящую для всех зависимых и во всех обстоятельствах, или что их психотерапевтические представления должны быть приняты всеми. Если Анонимные Наркоманы могут быть полезны для зависимых в вашей организации или в вашем сообществе, то они всегда готовы оказать свою помощь.

Организация служб Анонимных Наркоманов

Основная структура организации Анонимных Наркоманов — группа

АН. В странах или местах, где Анонимные Наркоманы — относительно новое явление, группы АН остаются единственным уровнем организации. Там, где есть несколько групп АН, которые смогли развиваться и стать устойчивыми, группы выбирают делегатов, чтобы сформировать местный комитет обслуживания. Таким местным комитетом обычно предлагается несколько услуг, среди них:

- Распространение литературы Анонимных Наркоманов;
- Телефонная информационная служба;
- Общественные презентации для ознакомления медицинских работников, гражданских организаций, муниципальных органов и школ с Сообществом АН
- Стендовые презентации для ознакомления пациентов наркологических клиник или заключенных в тюрьмах с программой АН
- Составление районных каталогов групп и расписаний собраний для индивидуальной информации и использования в планировании взаимных контактов групп АН.

Местные комитеты, созданные для обслуживания сети групп в отдельном городе или всех групп в данной местности, управляются исключительно добровольцами — членами АН, которые участвуют в обслуживании на основе принципа ротации.

В некоторых странах, особенно в больших или в тех, где группы Анонимных Наркоманов особенно хорошо развиты, множество местных комитетов объединяются, чтобы создать региональные комитеты. Эти региональные комитеты управляют службами во всем регионе, в то время как районные комитеты руководят местными службами.

Собирающаяся ежегодно с 1978 года Международная ассамблея делегатов, именуемая Мировой Конференцией Служб, с помощью Офиса Мирового Обслуживания АН (Лос-Анджелес, Калифорния, США) руководит работой множества комитетов, которые занимаются проблемами, имеющими отношение ко всему Сообществу. Главным среди приоритетов мировых служб АН является поддержка молодых национальных движений и перевод литературы Анонимных Наркоманов. Для получения дополнительной информации необходимо связаться либо с местным/региональным комитетом, либо со штаб-квартирой Офиса Мирового Обслуживания в Лос-Анджелесе или с Европейским отделением Офиса в Брюсселе; их адреса, номера телефонов и факсов есть в конце этой статьи.

Отношение к близким проблемам или организациям

Чтобы сконцентрироваться на главной проблеме, Анонимные Наркоманы традиционно не поддерживают ни других организаций,

ни каких-либо мнений по вопросам, не относящимся к деятельности АН. Анонимные Наркоманы не имеют никакой позиции (ни за, ни против) по гражданским, социальным, медицинским, юридическим или религиозным вопросам. При этом не высказывают никакого отношения к связанным с зависимостью вторичным проблемам типа преступности, законопослушания, проституции, СПИДа, программ обеспечения зависимых стерильными шприцами и иглами, легализации наркотиков или наказания за них. Движение АН даже не выступает против использования наркотиков, заявляя только, что если зависимый желает прекратить их прием, Анонимные Наркоманы всегда готовы ему помочь.

Анонимные Наркоманы являются полностью самофинансируемыми и не принимают никаких денежных взносов от лиц или организаций, не являющихся членами Сообщества. Так же подразумевается, что группы и комитеты обслуживания (службы) управляются членами и для членов АН.

АН не выступают против и не поддерживают философии или методологии любой другой организации. Анонимные Наркоманы полагают, что их собственная компетентность обеспечивает платформу, на которой зависимые могут делиться опытом своего выздоровления друг с другом. Это не означает, что АН считают, что не имеется других хороших или достойных организаций. Однако чтобы остаться свободными от противоречий и внутренней разобщенности, Анонимные Наркоманы сосредотачивают все внимание на своей основной проблеме, предоставляя остальным заниматься их собственными делами.

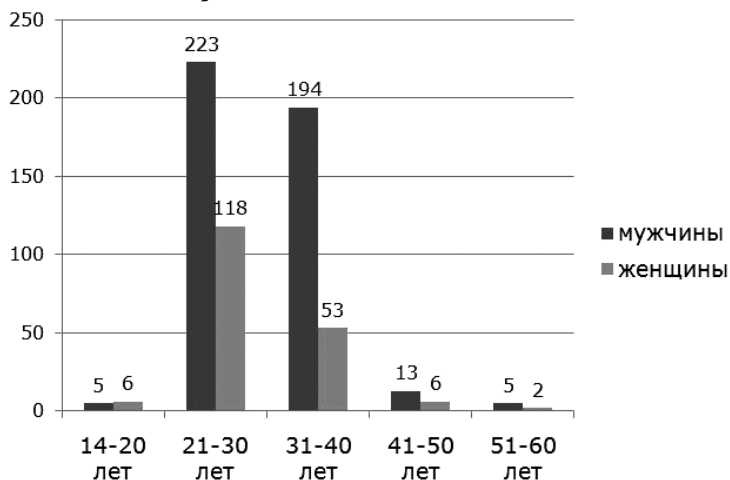
Сотрудничество с Анонимными Наркоманами

Анонимные Наркоманы приветствуют сотрудничество со стороны правительственных, религиозных, общественных организаций и частных добровольцев. В свою очередь, АН рады предоставить всем интересующимся Сообществом контактную информацию, литературу и общие сведения о выздоровлении через «Двенадцать Шагов». Независимые от наркотиков друзья способствовали созданию групп АН во многих странах и помогали росту Сообщества.

Эффективность и рост сообщества АН

До настоящего времени не существует полных отчетов относительно членства в Анонимных Наркоманах, в основном из-за акцента АН на защите анонимности членов. Однако мы можем предложить некоторые неофициальные исследования демографии членов и эффективности программы с достаточной степенью достоверности.

Возрастно-половая принадлежность:



Основная часть респондентов (94,1%) представляет наиболее социально-активную часть населения от 21 года до 40 лет.

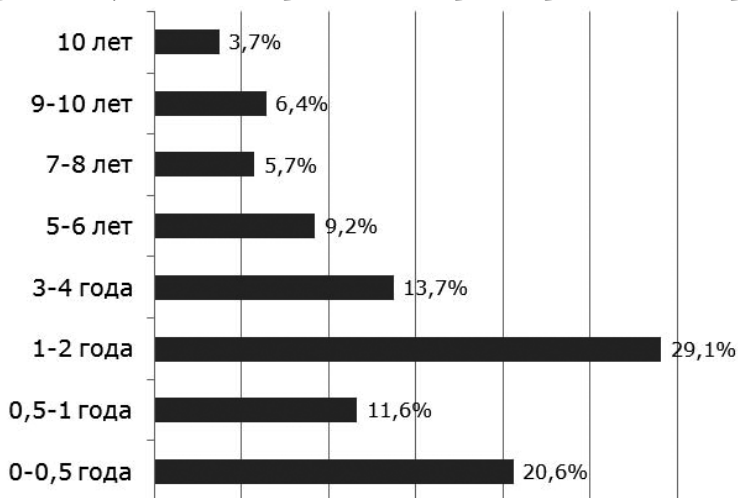
Распределение участников опроса по категориям периода употребления:



69,4% респондентов употребляли наркотики от 6 до 15 лет (минимальный период употребления — 5,5 месяцев, максимальный — 39 лет). Основным наркотиком (наркотиком выбора) для подавляющего числа респондентов (84, 8%) являлись опиаты/опиоиды. Люди с различным

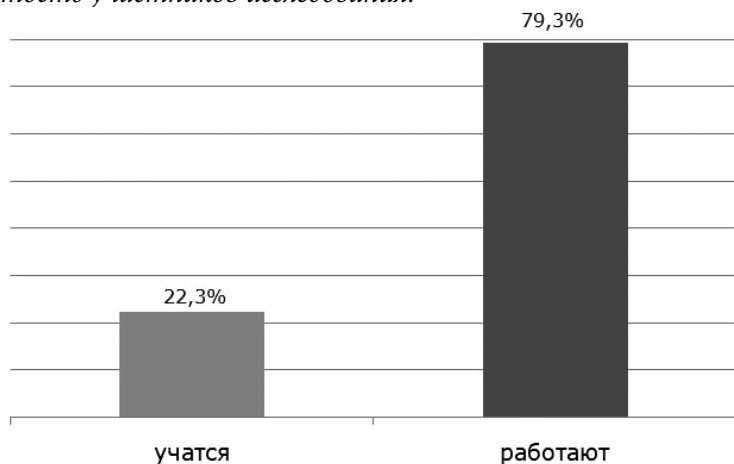
стажем употребления, в том числе и длительными сроками (>39 лет) прекращают употребление благодаря членству в Сообществе АН.

Распределение участников опроса по категориям периода чистого времени:



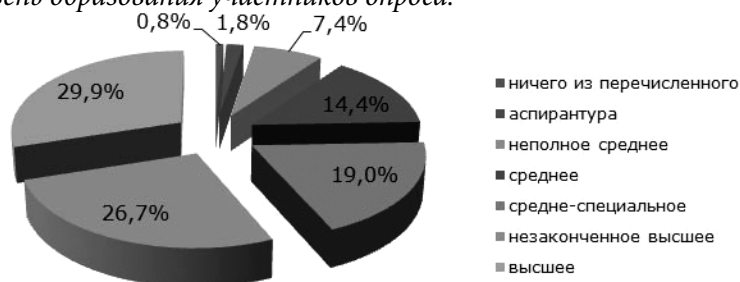
32,2% респондентов не употребляют наркотики <1 года, 29,1% респондентов не употребляют от 1–2 лет, 38,7% респондентов не употребляют > 3 лет (минимальный период чистоты — 1 день, максимальный — 20 лет). Активными членами Сообщества АН являются люди с различными сроками чистоты, в том числе и такими большими как 20 лет.

Занятость участников исследования:



79,3% респондентов занимаются трудовой деятельностью — из них 58,0% — постоянная занятость, 21,3% — частичная занятость. Основная часть респондентов (94,1%) представляет наиболее работоспособную часть населения 21–40 лет, из которой трудовой деятельностью занимается 78,8%, учатся — 22,0% (82,7% респондентов либо работает, либо учится, 17,3% респондентов не работает и не учится).

Уровень образования участников опроса:



Достаточно высокий уровень образования может объясняться тем, что 39,1% респондентов отметили улучшения в области образования после прихода в АН, 22,3% респондентов учились на момент проведения исследования; большим числом участников конвенции из Москвы и Санкт-Петербурга.

Соотношение мужчин и женщин:

На разных группах, соотношение мужчин и женщин бывают различными.

Социально-экономический состав:

Среди членов АН представлены все социально-экономические слои населения.

Возраст:

Из 5,000 членов АН, участвовавших в неофициальном опросе, проведенном в 1989 году, возраст 11% был менее 20 лет, 37% — от 20 до 30 лет, 48% имели возраст от 30 до 45, 4% — старше 45 лет

Религиозные убеждения:

Все религиозные конфессии представлены среди членов АН. В любом конкретном национальном движении верования членов отражают разнообразие или однородность религиозной культуры.

Скорость роста:

Так как никакие отчеты о посещаемости не ведутся, невозможно оценить, какая часть присоединившихся к Анонимным Наркоманам в ко-

нечном счете достигает продолжительного воздержания. Единственный достоверный индикатор успешности программы — быстрый рост числа зарегистрированных групп АН в течение последних десятилетий и быстрое распространение Сообщества за пределами Северной Америки, в Европе, России, Иране, Египте, Бразилии. В 1978 году имелось менее 200 зарегистрированных групп в трех странах. В 1983 г. сообщества АН более дюжины стран проводили 2966 собраний в неделю. В 1994 было 19822 еженедельных собрания в семидесяти странах. В 2010 году уже более 58600 еженедельных собраний в 130 странах.

Этот документ впервые представлен на 18-м Международном Форуме по профилактике и лечению наркомании ICAAS, в Берлине, в июле 1990 г. Обновлен в мае 1995 года, июне 2009, сентябре 2010 г.

Материалы предоставлены: © 2010. Анонимные Наркоманы. РКО АН западной России. www.rko-na.ru

Как консультант по химической зависимости, я работаю с зависимыми подростками, употребляющими различные психоактивные вещества, начиная от клея, заканчивая героином. В этой статье я изложу те сложности, с которыми я сталкивался, сталкиваюсь в процессе своей работы, поделюсь своим опытом, теми путями, которыми я шел и продолжаю идти.

Итак, про процесс работы, работу.

Проблема.

Одним из основных камней преткновения является момент, что в основном подросток, который попадает в реабилитационный центр находится на стадии так называемого «розового употребления», когда в сознании употребляемое вещество ассоциируется с получением удовольствия или «кайфа», как говорят сами пациенты, нет последствий от употребления этих самых веществ. Нет смысла бросать: зачем, когда все так в кайф и хорошо?

Во-вторых, в связи с возрастом и особенностью мышления, отсутствует возможность в полную силу оперировать такими понятиями как смерть, аннигиляция — как реальными последствиями от употребления психоактивных веществ. Не представляется это возможным по причине того, что это понимание не сформировано в сознании подростка. И общий итог получается такой, что оперировать в работе особо-то и нечем: наркотики — это «кайф» и удовольствие, а смерти вообще нет или бабушка с косой где-то там далеко и придет не скоро.

Решение. Опыт

В итоге в процессе своей работы я пришел к следующему пути, алгоритму работы с пациентами. Алгоритм примерно такой: даются пись-

менные задания, которые мы потом обсуждаем, и в дальнейшем я направляю эту работу таким образом, чтобы придти к двум моментам:

1) нет выбора, употреблять или нет: выбор всегда автоматически склоняется в сторону употребления

2) у пациента нет сил своих собственных (моральных, физических, духовных) противостоять желанию употребить ПАВ или по-другому, что он бессилен перед желанием употребить (что употребляет против своей воли, против своих решений, ценностей, выбора, что оно, это «нечто» выбирает за него и управляет его жизнью).

Делая это, я оперирую его же примерами и подвожу к этому через четкую логическую связь, загоняю в тупик (конечно, тут играет роль момент интеллектуальной сохранности у пациента). Как правило это происходит на конечном этапе консультаций. На этом этапе, как правило, часть пациентов уходит в сопротивление, отрицание, начинает спать или «застывает». Кстати, чувство страха — хороший маркер того, что «удар» попал в цель.

Как-то я упустил главный момент, который надо было осветить в самом начале, а это вопрос — “Для чего это делается?” или “Какую цель я преследую, проводя эту работу? какой конечный результат?”. С небольшим опозданием отвечаю на эти вопросы. Проводя всю эту работу, я преследую главную цель (которая конечно не решается за одну, пять, десять консультаций) — это момент признания, внутреннего согласия со стороны пациента, что у нее/него есть «нечто», что называется болезнью, и сам он не в силах «это нечто» контролировать, этим «нечто» управлять, не может сознательным усилием воли «это нечто» подавить, не может по той причине, что это «нечто» сильнее, чем то, что я называю «я». Если коротко, то мы с пациентом идем к бессилию перед этим «нечто». При идеальном результате, у человека автоматически происходит внутренний запрос на помощь извне, и, следовательно, поиск опоры в Сообществах (Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы и другие), опоры на веру, опоры на Высшую Силу (я оперирую понятиями программы 12 Шагов).

Далее, соответственно, я работаю на проявление, усиление этих моментов и более глубинное закрепление бессилия перед болезнью. В работе с пациентами это является одной из главных мишеней, чтобы результативно придти к тому, что я напрямую не борюсь со структурой зависимости, а внутреннее сдаюсь перед ней и прилагаю усилия не на борьбу и подавление ее, что в принципе бессмысленно и бесперспективно (помните: я же слабее), а совсем в другую сторону, сторону, которая тут условно называется выздоровлением или наращиваем ресурса.

В этом отношении процесс очень похож на боевые искусства формата айкидо, тай-цзи, где энергия противника (понятно, что болезнь — не противник) направляется против него, и самой этой энергии не противодействуется!! Ей разрешается быть, и ее просто перенаправляют в другое русло или отходят в сторону. В боевых искусствах это называется принятие, следование, текучесть, стекание (взято из личного опыта). И еще, услышал тут от коллеги и согласен с ней в этом плане, что, как правило, чистых, трезвых наркоманов губит и убивает тотальный контроль и борьба с собой, конечное, не беря в расчет того, что называется «чистое безумие», когда наркоман или алкоголик вдруг просто идет и употребляет.

Хочу также отметить парадокс, что вроде работа с пациентом идет отчасти через отделение здоровой и больной части, но в моменте признания и согласия появляется стержень, через который обретается частичная целостность. Вот такой вот образ у меня родился (могу тут заблуждаться, да простят меня истинные специалисты этого дела).

Итак, возвращаясь обратно к проводимой работе, на этом же этапе, я выделяю и освещаю такие моменты, как выяснение, чего же пациент хотел получить от употребления наркотиков, что он на самом деле получил и что в эти же моменты терял. Идет работа через таблицу.

«Хотелка»

Получил по факту	Хотел получить от употребления наркотика, алкоголя, ПАВ	Потерял
------------------	---	---------

В этой работе, так сказать, убиваются несколько зайцев, выясняются потребности пациента или какую потребность удовлетворяло употребление, решается момент критики связывания, идет обращение к внутренним переживаниям пациента и акцентирование внимания на реальность в состояниях употребления, выделяется, актуализируется, что наркотики не решали тех задач (да простит мне такие формулировки читатель), которые пациент перед ними ставил. Одиночество оставалось, уверенности не было, страх оставался, вина была, ну и так далее.

В работе используется флипчарт или доска, на которой можно писать, для наглядной картинки, для визуального связывания, для составления общей картины, и главным лично я считаю момент подачи общей картины взглядом со стороны (обычно я делаю это ближе к концу консультации — такая, маленькая кульминация). Похоже немного на мо-

мент из психодрамы, когда протагонист выходит за сцену и наблюдает со стороны действие. По-моему мнению, в этом моменте (момент взгляда со стороны) психодрама просто идеально подходит для работы с зависимыми.

Работа на критику, связывание.

«Черта»

Событие	Что приобрел	Что потерял	Осталось потерять (могу, и есть у меня терять)
---------	--------------	-------------	--

В этой таблице веду работу на связывание причинно-следственной связи с употреблением и реальную картинку того, что дает употребление ПАВ, реальные потери, действительные приобретения и возможные последствия. Также выделяю, специально акцентирую внимание на симптоматике заболевания — феномене тяги, импульсивности, компульсиве, бессилии и феномене влечения к веществу, который не поддается сознательному контролю.

Аудит по сферам или история болезни дается для рассмотрения своих отношений с ПАВ за все время их длительности в свете потерь, приобретений, изменений которые произошли с личностью вследствие употребления ПАВ.

Черта или аудит по сферам (био-психо-социо-духовно)

Сферы моей жизни	Приобрел	Потерял	Каким (ой) я стал (а)
Био - Физическое здоровье			
Психо - Эмоции, мысли, чувства, фобии, страхи			
Социо- Работа, семья, друзья, работа, друзья, взаимоотношения			
Духовно - Мои отношения с миром вокруг меня, бог, вс., Личность, мои принципы			

Итог.

Собственно, вся эта работа дается и делается для трех моментов:

- связывание критики;
- ввод и углубление пониманий (бессилие, феномен неконтролируемого влечения и бессилие перед ним);
- бессилие перед болезнью, крах, тупик.

Вышеописанная работа как раз и дает выход из тупика, о котором я писал в начале статьи (что в основном подросток, который попадает в реабилитационный центр находится на стадии так называемого «розового употребления», когда в сознании употребляемое вещество ассоциируется с получением удовольствия или «кайфа», как говорят сами пациенты, нет последствий от употребления этих самых веществ). Вместо этого, стоит сконцентрироваться на симптоматике заболевания и его проявлениях, связать с реальностью потребности пациента и их действительную реализацию и привести к тому, что есть «нечто», над, чем я не властен, и мне нужна помощь, следовательно, анонимные сообщества и работа над собой.

8. Школа

Особенностью детского реабилитационного центра является также необходимость обеспечения подросткам обязательного среднего образования, согласно законодательству РФ. Таким образом, в структуру реабилитационного пространства необходимо встроить проведение школьных занятий. Занятия должны проводиться на территории центра в оборудованных полноценных классах. Количество и виды предметов должны соответствовать школьной программе. Соответственно, пациенты на время уроков делятся на возрастные группы по классам, изучая программу своего уровня. Помимо получения знаний, подростки также должны иметь возможность выполнять контрольные задания, получая за них оценки, которые впоследствии им могут засчитать в школе. Недостаточно просто обеспечить процесс обучения пациентов, важно обеспечить процесс адекватного оценивания и аттестации, чтобы каждый ребенок мог влиться в школьную среду после выписки из центра без пробелов как в знаниях, так и в оценках. К сожалению, учитывая специфику заболевания, в условиях стационара невозможно выделить достаточно времени на учебный процесс, поскольку основные усилия направлены на создание процесса реабилитационного. В условиях острой необходимости, пациентов отпускают из стационара в сопровождении родителей или других законных представителей для сдачи итоговых экзаменов за 9-й и 11-й классы. Кроме того, для пациентов, достигнувших существенных результатов в реабилитации, создаются условия для посещения школы или колледжа вне стационара во время прохождения реабилитации. Сопровождение ребенка в учебное учреждение обеспечивается родителями, либо с их согласия, подросток посещает занятия без сопровождения.

Особо стоит отметить, что учителя обычных общеобразовательных школ, приходящие в реабилитационный центр для проведения занятий, должны проходить определенную подготовку и обладать достаточными знаниями о болезни и правилах общения с зависимыми пациентами. Консультации для преподавателей должны проводить психологи и консультанты по химической зависимости. В противном случае, присутствие неопытных людей в реабилитационном центре может нанести существенный урон реабилитационному процессу (побеги, проносы запрещенных предметов, использование телефонов, провоцирующие разговоры).

9. Особенности работы заведующего детским реабилитационным отделением

Врач психиатр-нарколог первой квалификационной категории, заведующая детским реабилитационным отделением Готлиб В. Я.

«Заведующий отделением осуществляет руководство работой медицинского персонала и административно-хозяйственной работой отделения» (из функциональных обязанностей). Что же на самом деле подразумевает роль руководителя реабилитационного отделения? Этим вопросом я задаюсь уже на протяжении почти 10 лет и понимаю, что однозначного ответа у меня нет.

Итак, попробую описать разные «ипостаси» руководителя реабилитационного отделения.

1. **Администратор**, то есть человек, несущий ответственность абсолютно за все, что происходит в отделении. Это и хозяйственные проблемы, вроде замены мебели и оборудования, и соблюдение трудовой дисциплины, и кадровые расстановки и вообще любые организационные вопросы, связанные с сотрудниками и пациентами.

Понятно, что «протечками и починкой кроватей» занимается завхоз или сестра хозяйка, а «тяжелая артиллерия» в лице заведующего подключается в крайних случаях (например, поиск денег), но как быть с ежесекундно возникающими вопросами пациентов: «А можно позвонить?», «А можно на группу не ходить?» и т. д. или сотрудников: «А можно дежурствами поменяться?», «А можно мальчика в бассейн вести?» и т. п. Бывало и так. Приходит пациент и говорит: «Мой психолог (или врач, или воспитатель) не разрешает, но я пришел к Вам. Вы же самая главная, разрешите!». А еще хуже, если не сообщит, что уже получил отказ у другого сотрудника и еще пару комплиментов добавит — безупречная манипуляция! Разрешешь (а такое, к сожалению, бывало) — дискредитируешь коллегу, да и свой авторитет не укрепишь — получишь репутацию «доброй тетеньки», которой можно на жалость надавить и всего добиться. В результате погружаешься в пучину мелочей и недовольства. Чтобы избежать этого, необходимо разделение ответственности и делегирование определенных полномочий другим сотрудникам. Это — компетенция воспитателей, это — психологов, это — старшей медицинской сестры и т. д. Старший психолог отвечает за работу психологов, старший воспитатель — воспитателей.

Стремление руководителя все контролировать приводит либо к его выгоранию (разрушению себя) либо к «замораживанию» (безразличие,

формализм, что в итоге разрушает и пациентов и сотрудников).

2. «Отец». Не секрет, что в подобных учреждениях в абсолютном большинстве работают женщины, и порой материнское начало начинает превалировать в общении с пациентами, что приводит к типичным созависимым отношениям.

В психоанализе материнская любовь описывается, как безусловная по своей природе. Мать любит своего ребенка потому, что он просто есть, что это ее дитя, а не потому, что ребенок оправдывает какие-то ее надежды и ожидания. Любовь отца, напротив, основана на определенных условиях, а значит, ее можно завоевать, приложив все усилия. Возникновение потребности у ребенка в отцовской любви Э. Фромм относит к возрасту после шести лет, когда ребенок начинает испытывать потребность в авторитете и руководстве со стороны отца. Функцией последнего становится учить ребенка, направлять его на решение задач, которые ставит перед ним общество.

При этом отцовская любовь, основываясь на принципах и ожиданиях, должна быть скорее спокойной и терпеливой, нежели властной и устрашающей, должна обеспечивать ребенку все более сильное чувство уверенности в своих силах и со временем позволить ему самому распоряжаться собой и обходиться без отцовского руководства.

Согласно Юнгу, отец всегда воплощает авторитет и общую ориентацию человека во внешнем мире.

Таким образом, руководитель в определенной мере олицетворяет «фигуру отца», побуждающего «ребенка», в нашем случае пациента, к определенному развитию, выставляя внешние границы поведения, обеспечивая их соблюдение и конечном итоге — безопасность. По своему опыту могу сказать, что это довольно сложная задача для женщины и требует последовательности и безукоризненного выполнения своих обещаний. К этой роли я иногда прибегаю в ситуации неопределенности, невозможности для пациента сделать выбор. *Dura lex, sed lex*. Суров закон, но это закон. Я бы еще добавила: справедлив.

3. Основная трудность в реабилитации подростков — отсутствие у них мотивации на изменения и установочное негативное отношение к взрослым. В связи с этим на начальных этапах работы с подростком необходимо выстраивать доверительные и уважительные отношения. Поэтому важно быть самим собой, транслируя своим поведением те абсолютные ценности, которые ты хотел бы сформировать у пациентов. В данном случае мне кажется очень верным подход гештальт терапии: важно не игнорирование и подавление своих характерологических осо-

бенностей и отношений, а осознание и использование их на границе контакта. Каждый сотрудник предъявляет пациенту не только свои знания и умения, но и себя как личность, свои человеческие реакции, как необходимую часть реального мира.

“Я позволяю себе в контакте с пациентом быть не только специалистом, но и человеком, имеющим право испытывать различные чувства: любить и ненавидеть”. Именно совместное переживание порой позволяет установить и терапевтический и личностный контакт с подростком, причем на длительное время.

У меня был опыт, когда я с двумя весьма непростыми пациентками, преодолев свои страхи, поехала на 3х-дневный семинар в другой город. Там мы жили в соседних номерах, были «на глазах» друг у друга целый день и были естественны в проявлении своих эмоций. Эта был новый для девушек опыт общения со взрослым человеком, с такими же чувствами, принимающим их, что называется «со всеми потрохами». В результате, с одной из них я до сих пор дружу, и ее 2х-летний сын, называет меня «баба». Срок трезвости у нее уже 4 года. С другой пациенткой правда не все так радужно, но уже после своего совершеннолетия она обращалась за помощью именно ко мне.

4. **«Равный».** Абсолютно необходимая роль для формирования доверительного, искреннего контакта с подростком. Это обращение к своему «внутреннему ребенку», которое позволяет чувствовать себя комфортно, принимая участие в совместных мероприятиях с детьми: на тренингах, совместных чаепитиях и многих других. В этот момент важно выйти из роли администратора и не пытаться управлять процессом, предоставив инициативу детям.

Мне лично очень нравится совместная творческая деятельность. Например, совместное участие в театральных представлениях. Однажды мы с пациентами сняли фильм, в котором играли и дети и взрослые.

При этом, безусловно, важно соблюдение собственных границ, недопущение панибратства.

5. **«Добрая фея».** Это нечастая роль, но очень приятная. Суть ее состоит в исполнении желаний пациентов. Важных, иногда заветных.

Однажды, один мой 13-летний пациент с тяжелым социальным анамнезом признался, что мечтает посмотреть в микроскоп. Мне показалось это очень ценным, и я устроила ему через своих знакомых экскурсию в научную лабораторию, где его мечта исполнилась. Он смотрел в микроскоп, видел другой мир, а по пути обратно в центр с придыханием говорил мне, что поражен был встречей «с живыми учеными». Мне по-

казалось, что в тот момент он был счастлив.

6. Ведущий групповых мероприятий. Это круг, консилиум, разбор конфликта.

«Круг» — является одним из видов групповой психологической работы, направленной на подведение итогов за определенный временной отрезок, решение организационных вопросов, разбор возникающих проблем, предоставление обратной связи, основная цель которой — помочь пациенту изменить свои стереотипы эмоционального реагирования и поведения.

В случае экстренной ситуации руководитель собирает весь коллектив отделения, либо только детей для обсуждения и принятия решения (в некоторых случаях согласуется с ролью «Отца»).

7. Креативный директор. Определяет способность руководителя к экспериментам и нововведениям. Тесно связана с ролью «командного игрока» — понимание необходимости работы в команде, то есть умение услышать другое мнение и в ряде случаев признать свою неправоту.

Может быть, это и не полный перечень ролей, но, на мой взгляд, именно разумное их использование в разных ситуациях может обеспечить руководителю ту гибкость, которая позволит избежать провалов.

Таким образом, важно четко понимать цель, быть последовательным, «принимать» своих пациентов, уважать своих коллег и учитывать их мнение при принятии решения, являясь организатором той самой терапевтической среды, при которой сам характер функционирования реабилитационного отделения оказывает психокоррекционное воздействие.

Терапия средой (от франко-англ. milieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду всё, что окружает больного в стационаре (люди, процессы, события, вещи) и является неотъемлемым фактором лечения и реабилитации.

Специфическая трудность работы реабилитационного центра для подростков связана с постоянным изменением состава пациентов, большинство из которых абсолютно не мотивированы на выздоровление, что приводит к отсутствию социально-психологического равновесия.

Терапевтическая среда — это своего рода союз пациентов и сотрудников, являющийся моделью здоровых отношений в обществе и семье. Психотерапия средой может рассматриваться как форма психологической помощи в условиях искусственно созданной и поддерживаемой социальной среды.

Смею предположить, что в «КВАРТАЛЕ» удалось создать терапевтическую среду. Пусть это не идеальная модель, но подтверждением ее существования является тот факт, что отсутствие кого-то из сотрудников (например, психолога или врача) не нарушает общего процесса, не приводит к сбоям в расписании и не позволяет кому-то из пациентов «выпасть» из реабилитационных мероприятий.

Психологические компоненты реабилитации средой опираются на реализацию следующих основных принципов:

1. Принцип добровольного согласия на участие в реабилитационных мероприятиях. Предполагает получение согласия несовершеннолетнего на участие в реабилитационном процессе, в форме договора или контракта, зафиксированное несовершеннолетним (или его законным представителем) — с одной стороны и реабилитационным учреждением — с другой, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора.

2. Принцип дифференцированного подхода к реабилитации. Использование различных методик с учетом реабилитационного потенциала подростка и в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

3. Принцип системности реабилитационных мероприятий. Реабилитационная программа строится на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и социальных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, бригаде).

4. Принцип последовательности и стадийности реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния пациента и его динамики.

Люди, задействованные в реабилитационном процессе (врачи, психологи, воспитатели, социальные работники и пациенты), объединенные единым пониманием своих целей, задач и способов их решения создают «терапевтическое сообщество».

Основами, созданного в «КВАРТАЛЕ» терапевтического сообщества являются:

1. Ответственность за безопасность реабилитационной среды. Каждый участник реабилитационного процесса (и сотрудник, и пациент) обязан соблюдать установленные правила и принципы и следить за соблюдением правил и принципов другими.

2. Запрет любых сексуальных контактов.

3. Отказ от любых форм проявления насилия. Приветствуются только социально приемлемые формы выражения агрессии, а физическая агрессия, нецензурная брань и оскорбления запрещены.

4. «Отказ от наркотического прошлого». Пациенты отказываются от всего, что связывает их с прошлым, в котором они употребляли ПАВ (музыка, фотографии, разговоры об употреблении и т. п.).

5. Обязательность посещений всех мероприятий. Соблюдать распорядок дня, в обязательном порядке посещать все мероприятия, предусмотренные программой реабилитации.

Работа строится через особые совместные мероприятия: общие и групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации. Используются четкие правила, содержащие ряд ограничений, поощрений и наказаний. Функционирование отделения предельно структурировано, день заполнен множеством видов социально-полезной активности.

Трудности:

Отсутствие общей позиции у всех участников реабилитационного процесса создает возможность двойных посланий и стандартов. Например, один воспитатель «хороший» — он все разрешает, а другой, строго соблюдающий правила — «плохой».

Возможно проявление конкурентных отношений между различными специалистами: врач-психолог. Профилактикой этого является коллегиальное принятие решения (врач, психолог, зав. отделением).

Большое количество формальных требований, предъявляемых к учреждению, порождает страхи у сотрудников и формирует у персонала недоверие к пациентам. В результате детей лишают инициативы, не позволяют им самостоятельно выполнять некую ответственность.

Хочу остановиться на болезненной для меня теме «побегов».

В соответствии с действующим законодательством и нормативной документацией несовершеннолетние поступают в отделение добровольно, в сопровождении законного представителя. При поступлении оформляется информированное согласие на медицинское вмешательство, пациент знакомится с распорядком дня, подписывает договор, в котором оговаривается возможность покинуть отделение в сопровождении законного представителя.

С целью профилактики побегов при настойчивом высказывании желания покинуть отделение и невозможности скорректировать его поведение, приглашается законный представитель несовершеннолет-

него для сопровождения ребёнка по месту постоянного пребывания, если в момент выписки не требуется неотложная помощь. Напомню, что в соответствии с нормативными документами дети и подростки госпитализируются в отделение по заявлению родителей или законных представителей, однако непреложным условием реабилитации является согласие самого пациента. На это направлены задачи мотивационного этапа реабилитации. Известно, что согласие ребенка на госпитализацию часто получается родителями при помощи угроз, посулов или манипуляций. Однако, после помещения ребенка в отделение, многие родители уstraняются от взаимодействия с врачами и психологической работы (несмотря на различные формы, предлагаемые в отделении — мультисемейные группы, семейные сессии, индивидуальные и групповые занятия). Просьбы ребенка о выписке не обсуждаются, приглашения на встречу врачами и психологами игнорируются, родители категорически отказываются обсуждать вопрос выписки и с персоналом. Тогда, ребенок, имеющий опыт побегов и бродяжничества, решает проблему знакомым способом — самовольным уходом.

К сожалению, можно констатировать, что значительная часть родителей не может и не хочет сотрудничать с отделением, не участвует в реабилитации, не интересуется состоянием ребёнка, отказывается сопровождать его из отделения домой. Такое поведение родителей провоцирует несовершеннолетних на спонтанные, плохо обдуманные поступки, в том числе и на побег.

Именно общность понимания задач и подходов делает необходимым формирование среди сотрудников отделения команды единомышленников. Это является одной из самых главных и трудных задач руководителя и требует проведения дополнительных организационных мероприятий, способствующих сплоченности участников реабилитационного процесса и поддержанию благоприятного морального и социально-психологического климата.

Эта цель может быть достигнута за счет проведения обучения и тренингов для персонала, разработки и реализации комплекса «воспитательных» мероприятий для сотрудников, предусматривающих использование системы индивидуальных стимуляций, поощрений. В идеале, конечно, это материальное поощрение, но даже позитивная обратная связь, данная руководителем во время «Круга», может значительно поддерживать сотрудника.

В заключение хочу сказать, что «дорогу осилит идущий». Когда почти 10 лет назад создавался детско-подростковый реабилитационный

комплекс «КВАРТАЛ», у нас были теоретические представления о том, какой он будет. Реальность оказалась иной. То, что казалось нам очень правильным, на практике не работало, а то, в чем сомневались и отвергали — оказалось эффективным. Как руководитель, я сделала следующий базовый вывод: не может быть единой единственно верной модели; не смотря на необходимость наличия определенных рамок в реабилитационном центре, каждый пациент уникален и имеет право на индивидуальный подход, а каждый новый эксперимент — это бесценный опыт для сотрудников и самого центра.

Список литературы:

1. Альманах психологических тестов. — М.: «КСП», 1996.
2. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая психопатология: Руководство для врачей и медицинских психологов. — Ростов-н/Д: «Феникс», 1996.
3. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков/под ред. С. А. Беличевой. — М., 1996.
4. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. — СПб: «Питер», 2000.
5. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. — СПб., 2007
6. Копытин А. И., Богачев О. В. Арт-терапия наркоманий. — М., 2008
7. Копытин А. И., Свистовская Е. Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. — СПб., 2010
8. Куличковская Е. В., Степанова О. В. Это горькое слово “Развод”. Психологическая работа с детьми, переживающими развод родителей. — М., 2010
9. Кулаков С. А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. — СПб: «Речь», 2004.
10. Практическая психодиагностика/под ред. Д. Я. Райгородского — Самара: «Бахрах-М», 2001.
11. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. — М.: «Владос», 1996.
12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики психопатологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999.
13. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: «Академия», 2002.
14. Херсонский Б. Г. «Методы пиктограмм в психодиагностике» — СПб: Изд-во «Сенсор», 2000.
15. Задачи психотерапевтов, терапевтов и неврологов по психотерапевтическому лечению на этапах первичной медико-социальной помощи в территориальной поликлинике для взрослого населения. Методические рекомендации (4). Составители: И. П. Каткова, Ю. П. Бойко, А. И. Аппенянский, Э. Л. Гончарова. — М., 2000.

Интернет-ресурсы:
www.rko-na.ru

Приложение 1.

Стимульный материал для проведения экспериментально-психологического исследования

«Заучивание 10 слов»:

Инструкция: а) «Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

б) «Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их: и те, которые уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. Порядок слов не важен».

Бланк № 1 а

№	Лес	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	игла	гриб	мед	
1											
2											
3											
4											
5											
6											

Бланк № 1 б

№	арбуз	кость	море	кот	река	мед	кирпич	жук	король	день	
1											
2											
3											
4											
5											
6											

«Пиктограммы»

Фамилия, имя _____ Дата обследования _____

Инструкция: «Этот тест на проверку вашей памяти. Будут названы слова и целые выражения, которые необходимо запомнить. Для того, чтобы облегчить запоминание, на каждое слово нужно нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог вам вспомнить названное слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно лишь, чтобы он вам помог при запоминании».

№	Пиктограмма	Рисунок	Разъяснения	Воспроизведение
1	Веселый праздник			
2	Тяжелая работа			
3	Вкусный ужин			
4	Болезнь			
5	Печаль			
6	Счастье			
7	Любовь			
8	Развитие			
9	Разлука			
10	Обман			
11	Победа			
12	Подвиг			
13	Вражда			
14	Справедливость			
15	Сомнение			
16	Дружба			

«Пиктограммы»

Фамилия, имя _____ Дата обследования _____

Инструкция: «Этот тест на проверку вашей памяти. Будут названы слова и целые выражения, которые необходимо запомнить. Для того, чтобы облегчить запоминание, на каждое слово нужно нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог вам вспомнить названное слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно лишь, чтобы он вам помог при запоминании».

№	Пиктограмма	Рисунок	Разъяснения	Воспроизведение
1	Радостное торжество			
2	Утомительный труд			
3	Сытный обед			
4	Нездоровье			
5	Грусть			
6	Радость			
7	Любовь			
8	Прогресс			
9	Расставание			
10	Ложь			
11	Победа			
12	Смелый поступок			
13	Противоборство			
14	Равенство			
15	Раздумье			
16	Дружба			

Таблицы Шульге

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
22	15	10	2	8

Таблицы Шульте

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	4	25	3	15
19	13	17	12	2

Бланк № 3 в

Таблицы Шульге

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	16	5
9	14	11	23	10

Таблицы Шульте

6	1	18	22	14
12	10	15	3	25
2	20	5	23	13
16	21	8	11	24
9	4	17	19	7

Бланк № 3 д

Таблицы Шульге

12	21	4	13	8
1	10	17	19	2
23	16	5	15	6
7	24	22	18	25
11	20	3	14	9

«Исключение лишнего»

Инструкция: «Здесь в каждой строке написано 5 слов, из которых 4 можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно найти и исключить (вычеркнуть)».

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф.
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.
3. Ботинки, сапоги, шнурки, валенки, тапочки.
4. Молоток, клещи, пила, гвоздь, топор.
5. Сладкий, горячий, кислый, горький, соленый.
6. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
7. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед.
8. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
9. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр.
10. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт.
11. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
12. Дом, мечта, машина, корова, дерево.
13. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
14. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
15. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.
16. Успех, неудача, удача, выигрыш, спокойствие.
17. Смелый, храбрый, решительный, злой, отважный.
18. Футбол, волейбол, хоккей, плавание, баскетбол.
19. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
20. Карандаш, ручка, циркуль, фломастер, чернила.

«Выделение существенных признаков»

Инструкция: «Перед вами ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, рядом с каждым таким словом в скобках 5 слов на выбор. Из этих 5-ти слов нужно выбрать только 2 слова, обозначающие основные признаки выделенного слова, т. е. те признаки, без которых оно не может существовать».

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля)
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода)
3. Город (автомобиль, здания, толпа, улица, велосипед)
4. Сарай (сеновал, лошадь, крыша, скот, стены)
5. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево)
6. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага)
7. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, золото)
8. Чтение (глаза, книга, текст, очки, слово)
9. Газета (правда, происшествие, кроссворд, бумага, редактор)
10. Игра (карты, игроки, фишки, наказания, правила)
11. Война (самолет, пушки, сражения, ружья, солдаты)
12. Книга (рисунки, рассказ, бумага, оглавление, текст)
13. Пение (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия)
14. Землетрясение (пожар, смерть, колебание, почва, шум)
15. Библиотека (город, книги, лекции, музыка, читатели)
16. Лес (лист, яблоня, охотник, дерево, волк)
17. Спорт (медаль, оркестр, состязание, победа, стадион)
18. Больница (помещение, сад, врач, радио, больные)
19. Любовь (розы, чувство, человек, город, природа)
20. Патриотизм (город, друзья, родина, семья, человек)

«Простые аналогии»

1.	Лошадь	Корова
	Жеребенок	Пастбище, рога, молоко, теленок, бык
2.	Яйцо	Картофель
	Скорлупа	Курица, огород, капуста, суп, шелуха
3.	Ложка	Вилка
	Каша	Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
4.	Коньки	Лодка
	Зима	Лед, каток, весло, лето, река
5.	Ухо	Зубы
	Слышать	Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
6.	Собака	Щука
	Шерсть	Овца, ловкость, рыба, удочка, чешуя
7.	Пробка	Камень
	Плывать	Пловец, тонуть, гранит, возить, каменщик
8.	Чай	Суп
	Сахар	Вода, тарелка, крупа, соль, ложка
9.	Дерево	Рука
	Сук	Топор, перчатка, нога, работа, палец
10.	Дождь	Мороз
	Зонтик	Полка, холод, сани, зима, шуба
11.	Школа	Больница
	Обучение	Доктор, ученик, учреждение, лечение
12.	Песня	Картина
	Глухой	Хромой, слепой, художник, рисунок, больной
13.	Нож	Стол
	Сталь	Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
14.	Рыба	Муха
	Сеть	Решето, комар, комната, жужжать, паутина
15.	Птица	Человек
	Гнездо	Люди, птенец, рабочий, зверь, дом

«Простые аналогии»

1.	Хлеб	Дом
	Пекарь	Вагон, город, жилище, строитель, дверь
2.	Пальто	Ботинок
	Пуговица	Портной, магазин, нога, шнурок, шляпа
3.	Коса	Бритва
	Трава	Сено, волосы, острая, сталь, инструмент
4.	Нога	Рука
	Сапог	Галоши, кулак, перчатка, палец, кисть
5.	Вода	Пища
	Жажда	Пить, голод, хлеб, рот, еда
6.	Электричество	Пар
	Проволока	Лампочка, ток, вода, трубы, кипение
7.	Паровоз	Конь
	Вагоны	Поезд, лошадь, овёс, телега, конюшня
8.	Алмаз	Железо
	Редкий	Драгоценный, железный, твердый, сталь, обычный
9.	Бежать	Кричать
	Стоять	Молчать, ползать, шуметь, звать, плакать
10.	Волк	Птица
	Пасть	Воздух, клюв, соловей, яйцо, пение
11.	Растение	Птица
	Семя	Зерно, клюв, соловей, пение, яйцо
12.	Театр	Библиотека
	Зритель	Актёр, книги, читатель, библиотекарь, любитель
13.	Утро	Зима
	Ночь	Мороз, день, январь, осень, сани
14.	Железо	Дерево
	Кузнец	Пень, пила, столяр, кора, листья
15.	Нога	Глаза
	Костыль	Галка, очки, слёзы, зрение, нос

«Сравнение понятий»

1. Утро — вечер
2. Корова — лошадь
3. Летчик — танкист
4. Лыжи — коньки
5. Трамвай — автобус
6. Озеро — река
7. Река — птица
8. Дождь — снег
9. Поезд — самолёт
10. Ось — Оса
11. Обман — ошибка
12. Стакан — петух
13. Маленькая девочка — большая кукла
14. Ботинок — карандаш
15. Яблоко — вишня
16. Ворона — воробей
17. Волк — луна
18. Молоко — вода
19. Ветер — соль
20. Золото — серебро
21. Сани — телега
22. Очки — деньги
23. Воробей — курица
24. Кошка — яблоко
25. Вечер — утро
26. Дуб — береза
27. Голод — жажда
28. Сказка — песня
29. Корзина — сова
30. Картина — портрет

«Индекс жизненного стиля»

Инструкция: «Вам будут предъявляться утверждения, касающиеся состояния вашего здоровья и вашего характера. Читайте каждое утверждение и решайте, верно ли оно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумье. Наиболее естественна та реакция, которая первой приходит в голову. Если вы решили, что утверждение верно, поставьте справа от номера вопроса «+»; если утверждение по отношению к вам неверно, поставьте справа от номера вопроса «-». При сомнениях помните, что всякое утверждение, которое вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным».

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.

25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.
29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.

55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребзги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.
76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.
77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.
78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.
79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.
80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.
81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему уменью жить.
83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.

84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывался обо мне дурно.
85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.
86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.
87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.
90. Я легко переношу критику и замечания.
91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.
92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.
94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.
95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выпаться.
96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.
97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат

Опросник ПДО

Инструкция: «Перед Вами текст опросника, разбитого на 25 разделов. Каждый раздел содержит от 10 до 19 утверждений. Вам следует в каждом разделе выбрать наиболее подходящее для Вас утверждение и отметить его номер в бланке. Если в каком-то разделе Вам подходит несколько ответов, то можно сделать 2–3 выбора, но не более. Если ни один выбор Вам не подходит, то в ответном бланке отмечаете 0. Затем Вам следует повторно просмотреть все разделы и выбрать в каждом утверждения, которые для Вас НЕ подходят. Разрешается делать несколько выборов, но не более 3-х. Номера выборов отмечаете в бланке».

ТЕМА № 1 САМОЧУВСТВИЕ

1. У меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Недели хорошего самочувствия чередуются у меня с неделями, когда я чувствую себя плохо
4. Мое самочувствие часто меняется — иногда по несколько раз в день
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений и беспокойств
7. Плохое самочувствие появляется у меня от волнений и в ожидании неприятностей
8. Я легко переношу боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. У меня случаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие
12. Я очень плохо переношу боль и физические страдания
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ТЕМА № 2. НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Мое настроение легко меняется от незначительных причин
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в себе
4. Мое настроение очень зависит от общества, в котором я нахожусь

5. У меня почти всегда плохое настроение
6. Мое настроение зависит от плохого самочувствия
7. Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Периоды очень хорошего настроения сменяются у меня периодами плохого настроения
12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ТЕМА № 3. СОН И СНОВИДЕНИЯ

1. Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю
2. Сон у меня богат яркими сновидениями
3. Перед тем, как уснуть я люблю помечтать
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Сон у меня очень крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения
6. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-то-скливые сновидения
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин
9. Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час
10. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
11. Я часто вижу разные сны — то радостные, то неприятные
12. По ночам у меня бывают приступы страха
13. Мне часто снится, что меня обижают
14. Я могу свободно регулировать свой сон
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ТЕМА № 4. ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Мне трудно проснуться в назначенный час
2. Просыпаюсь с неприятной мыслью, что надо идти на работу или учебу
3. В одни дни я встаю веселым и жизнерадостным, в другие — без всякой причины с утра угнетен и уныл
4. Я легко просыпаюсь, когда мне нужно
5. Утро для меня — самое тяжелое время суток
6. Часто мне не хочется просыпаться

7. Проснувшись, я еще долго переживаю то, что видел во сне
8. Периодами я утром чувствую себя бодрым, периодами — разбитым
9. Утром я встаю бодрым и энергичным
10. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
11. Нередко бывало, что, проснувшись, я не мог сразу сообразить, где я и что со мной
12. Я просыпаюсь с мыслью, что сегодня надо будет сделать
13. Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ТЕМА № 5 АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неприятных вещах никогда не мешали мне есть
2. Периодами у меня бывает волчий аппетит, периодами ничего не хочется есть
3. Я ем очень мало, иногда долго ничего не ем.
4. Мой аппетит зависит от настроения: то ем с удовольствием, то нехотя и через силу
5. Я люблю лакомства и деликатесы
6. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
7. У меня хороший аппетит, но я — не обжора
8. Есть блюда, которые вызывают у меня тошноту и рвоту
9. Я предпочитаю есть немного, но очень вкусно
10. У меня плохой аппетит
11. Я люблю сытно поесть
12. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
13. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность
14. Мне легко испортить аппетит
15. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье
16. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
17. Я плохо переношу голод — быстро слабею
18. Я знаю, что такое чувство голода, но не знаю, что такое аппетит
19. Еда не доставляет мне большого удовольствия
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 6 ОТНОШЕНИЕ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ

1. Мое желание выпить зависит от настроения
2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться

3. Периодами я выпиваю охотно, периодами меня к спиртному не тянет
4. Люблю выпить в веселой компании
5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение
6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения
7. К спиртному я испытываю отвращение
8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги
9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии
10. Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам
11. Спиртные напитки меня пугают
12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир
13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушить компанию
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 7 СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

1. Половое влечение меня мало беспокоит
2. Малейшая неприятность подавляет у меня половое влечение
3. Я предпочитаю жить мечтами о подлинном счастье, чем разочаровываться в жизни
4. Периоды сильного полового влечения чередуются у меня с периодами холодности и безразличия
5. В половом отношении я быстро возбуждаюсь, но также быстро успокаиваюсь и охлаждаю
6. При нормальной семейной жизни не существует никаких половых проблем
7. У меня сильное половое влечение, которое мне трудно сдерживать
8. Моя застенчивость мне очень сильно мешает
9. Измены я никогда бы не простил
10. Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает нормальной работе
11. Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание
12. Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение
13. Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними
14. Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 8 ОТНОШЕНИЕ К ОДЕЖДЕ

1. Люблю костюмы яркие и броские
2. Считаю, что всегда надо быть прилично одетым, потому что «встречают по одежде»
3. Для меня главное, чтобы одежда была удобной, аккуратной и чистой
4. Люблю одежду модную или необычную, которая невольно привлекает внимание
5. Никогда не следую общей моде, а ношу то, что мне самому понравилось
6. Люблю одеться так, чтобы было «к лицу»
7. Не люблю слишком модничать, считаю — надо одеваться, как все
8. Часто беспокоюсь, что мой костюм не в порядке
9. Об одежде я мало думаю
10. Мне часто кажется, что окружающие осуждают меня за мой костюм
11. Предпочитаю темные и серые тона
12. Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 9 ОТНОШЕНИЕ К ДЕНЬГАМ

1. Нехватка денег меня раздражает
2. Деньги меня совершенно не интересуют
3. Очень огорчаюсь и расстраиваюсь, когда денег не хватает
4. Не люблю заранее рассчитывать все расходы. Легко беру в долг, даже если знаю, что к сроку отдать будет трудно
5. Я очень аккуратен в денежных делах и, зная неаккуратность многих, не люблю давать в долг
6. Если у меня взяли в долг, я стесняюсь об этом напомнить
7. Я всегда стараюсь оставить деньги про запас на непредвиденные расходы
8. Деньги мне нужны только для того, чтобы как-нибудь прожить
9. Стараюсь быть бережливым, но не скупым, люблю тратить деньги с толком
10. Всегда боюсь, что мне не хватит денег, и очень не люблю брать в долг
11. Периодами я к деньгам отношусь легко и трачу их не задумываясь, периодами боюсь остаться без денег
12. Я никогда и никому не позволяю ущемлять меня в деньгах
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 10 ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ

1. Очень боюсь остаться без родителей
2. Я считаю, что родителей надо уважать, даже если имеешь в сердце обиду против них
3. Люблю и привязан, но бывает сильно обижаюсь и даже ссорюсь
4. Временами мне кажется, что меня сильно опекали, а временами укоряю себя за непослушание и причиняемые огорчения родным
5. Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни
6. Упрекаю их в том, что в детстве они недостаточно уделяли внимания моему здоровью
7. Очень люблю (любил) одного из родителей
8. Я люблю их, но не переношу, когда мне приказывают и командуют мной
9. Очень люблю мать и боюсь, что с нею что-нибудь случится
10. Упрекаю себя за то, что недостаточно сильно люблю (любил) родителей
11. Они меня слишком притесняли и во всем навязывали свою волю
12. Мои родные меня не понимают и кажутся мне чужими
13. Я считаю себя виноватым перед ними
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 11 ОТНОШЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

1. Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат ради выгоды
2. Хорошо себя чувствую с теми, кто мне сочувствует
3. Для меня важен не один друг, а дружный коллектив
4. Я ценю такого друга, который умеет меня выслушать, приободрить, вселить уверенность, успокоить
5. О друзьях, с которыми пришлось расстаться, я долго не скучаю и быстро нахожу новых
6. Я чувствую себя таким больным, что мне не до друзей
7. Моя застенчивость мешает мне подружиться с тем, с кем мне хотелось бы
8. Я легко завязываю дружбу, но часто разочаровываюсь
9. Я предпочитаю тех друзей, которые внимательны ко мне
10. Я сам выбираю себе друга и решительно бросаю его, если разочаровываюсь в нем
11. Я не могу найти себе друга по душе
12. У меня нет никакого желания найти себе друга
13. Периодами я люблю большие дружеские компании, периодами избегаю их и ищу одиночества

14. Жизнь научила меня не быть слишком откровенным даже с друзьями

15. Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 12. ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Я окружен глупцами, невеждами и завистниками

2. Окружающие мне завидуют и потому ненавидят меня

3. Временами мне хорошо с людьми, временами они меня тяготят

4. Я считаю, что самому не следует выделяться среди окружающих

5. Стараюсь жить так, чтобы окружающие не могли сказать обо мне ничего плохого

6. Мне кажется, что окружающие меня презирают и смотрят на меня свысока

7. Легко схожусь с людьми в любой обстановке

8. Больше всего со стороны окружающих я ценю внимание к себе

9. Я быстро чувствую хорошее или недоброжелательное отношение к себе и также отношусь сам

10. Я легко ссорюсь, но и быстро мирюсь

11. Я часто подолгу размышляю, правильно или неправильно что-нибудь сказал или сделал по отношению к окружающим

12. Общество людей меня быстро утомляет и раздражает

13. От окружающих я стараюсь держаться подальше

14. Я не знаю своих соседей и не интересуюсь ими

15. Мне часто кажется, что окружающие подозревают меня в чем-то плохом

16. Мне приходилось терпеть много обид и обмана от окружающих, и это всегда настораживает меня

17. Мне часто кажется, что окружающие смотрят на меня как на ничемного и ненужного человека

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 13 ОТНОШЕНИЕ К НЕЗНАКОМЫМ ЛЮДЯМ

1. Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасуюсь зла

2. Бывает, что совершенно незнакомый человек мне сразу внушает доверие и симпатию

3. Я избегаю новых знакомств

4. Незнакомые люди внушают мне беспокойство и тревогу

5. Прежде чем познакомиться, я всегда хочу узнать, что это за человек, что говорят о нём другие

6. Я никогда не доверяюсь незнакомым людям и не раз убеждался, что в этом я прав

7. Если незнакомые проявляют интерес ко мне, то и я с интересом отношусь к ним

8. Незнакомые люди меня раздражают, к знакомым я уже как-то привык

9. Я охотно и легко завожу новые знакомства

10. Временами я с удовольствием знакомлюсь с новыми людьми, временами ни с кем знакомиться не хочу

11. В хорошем настроении я легко знакомлюсь, в плохом — избегаю знакомств

12. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 14 ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от коллектива

2. В одиночестве я чувствую себя спокойнее

3. Я не переношу одиночества и всегда стремлюсь быть среди людей

4. Периодами мне лучше среди людей, периодами предпочитаю одиночество

5. В одиночестве я размышляю или беседую с воображаемым собеседником

6. В одиночестве я скучаю по людям, а среди людей быстро устаю и ищу одиночества

7. В большинстве случаев я хочу быть на людях, но иногда хочется побыть одному

8. Я не боюсь одиночества

9. Я боюсь одиночества и, тем не менее, так получается, что нередко оказываюсь в одиночестве

10. Я люблю одиночество

11. Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями

Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 15 ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и неудач

2. Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным

3. Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим

4. В будущем меня больше всего беспокоит мое здоровье

5. Я убежден, что в будущем исполнятся мои желания и планы
6. Не люблю много раздумывать о своем будущем
7. Мое отношение к будущему часто и быстро меняется: то строю радужные планы, то будущее мне кажется мрачным
8. Я утешаю себя тем, что в будущем исполнятся все мои желания
9. Я всегда невольно думаю о возможных неприятностях и бедах, которые могут случиться в будущем
10. Мои планы на будущее я люблю разрабатывать в малейших деталях и во всех деталях стараюсь их осуществить
11. Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту
12. Я живу своими мыслями и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее
13. Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами — мрачным
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 16 ОТНОШЕНИЕ К НОВОМУ

1. Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать
2. Новое меня привлекает, но вместе с тем беспокоит и тревожит
3. Я люблю перемены в жизни: новые впечатления, новых людей, новую обстановку вокруг
4. У меня бывают моменты, когда я жадно ищу новые впечатления и новые знакомства, но бывает, когда я избегаю их
5. Я люблю сам придумывать новое, все переиначивать и делать по-своему, не так, как все
6. Новое меня привлекает, но часто быстро утомляет и надоедает
7. Не люблю всяких новшеств, предпочитаю раз установленный твердый порядок
8. Я боюсь перемен в жизни: новая обстановка меня пугает
9. Новое приятно, если только обещает мне что-то хорошее
10. Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам

Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 17 ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧАМ

1. Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи
2. Периоды, когда я активно борюсь с неудачами, чередуются у меня с периодами, когда у меня от малейших неудач опускаются руки
3. Неудачи приводят меня в отчаяние

4. Неудачи вызывают у меня сильное раздражение, которое я переношу на невиновных

5. Если случается неудача, я всегда анализирую, где же я неправильно поступил

6. Неудачи вызывают у меня протест и негодование, и желание их преодолеть

7. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным

8. При неудачах мне хочется убежать куда-нибудь подальше и не возвращаться

9. Бывает, что малейшие неудачи приводят меня в уныние, но бывает, что серьезные неприятности я переношу стойко

10. Неудачи меня угнетают, и я прежде всего виню самого себя

11. Неудачи меня не задевают, я не обращаю на них внимания

12. При неудачах я еще больше мечтаю об исполнении своих желаний

13. Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 18 ОТНОШЕНИЕ К ПРИКЛЮЧЕНИЯМ И РИСКУ

1. Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск

2. Я много раз взвешиваю все «за» и «против» и все никак не решусь рискнуть

3. Мне не до приключений, а рискую я только тогда, когда к этому принуждают обстоятельства

4. Я не люблю приключений и избегаю риска

5. Я люблю мечтать о приключениях, но не ищу их в жизни

6. Временами я люблю приключения и часто рискую, но временами приключения и риск становятся мне не по душе

7. Приключения я люблю только веселые и те, что хорошо кончаются, а рисковать не люблю

8. Я специально не ищу приключений и риска, но иду на них, когда этого требует мое дело

9. Приключения и риск меня привлекают, если я играю в них первую роль

10. Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 19 ОТНОШЕНИЕ К ЛИДЕРСТВУ

1. Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях

2. Я люблю быть первым в компании, руководить и направлять других

3. Я люблю опекать кого-либо одного, кто мне понравится

4. Я всегда стремлюсь учить людей правилам и порядку
5. Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими командую сам
6. Периодами я люблю «задавать тон», быть первым, но периодами мне это надоедает
7. Я люблю быть первым там, где меня любят; бороться за первенство я не умею и не люблю
8. Я не умею командовать другими
9. Я не люблю командовать людьми — ответственность меня пугает
10. Всегда находятся люди, которые слушаются меня и признают мой авторитет
11. Я люблю быть первым, чтобы другие мне подражали и следовали за мной
12. Я охотно следую за авторитетными людьми
0. Ни одно из определений мне не походит

ТЕМА № 20 ОТНОШЕНИЕ К КРИТИКЕ И ВОЗРАЖЕНИЯМ

1. Я не терплю возражений и критики и всегда думаю по-своему
2. Слушай возражения и критику, я ищу доводы в свое оправдание, но не всегда решаюсь их высказать
3. Возражения и критика меня особенно раздражают, когда я устал и плохо себя чувствую
4. Критика и осуждения в мой адрес лучше равнодушия и пренебрежения ко мне
5. Не люблю, когда меня критикуют и мне возражают — сержусь и не всегда могу сдержать свой гнев
6. Когда меня критикуют или мне возражают, я сильно огорчаюсь и прихожу в уныние
7. От критиков мне хочется убежать подальше
8. В одни периоды критику и возражения переношу легко, в другие очень болезненно
9. Возражения и критика меня очень огорчают, если они резкие и грубые по форме, даже если они касаются мелочей
10. Я не слышал еще справедливой критики в свой адрес или справедливых возражений против моих доводов
11. Я стараюсь правильно реагировать на критику
12. Я убедился, что критикуют обычно только для того, чтобы кому-то напакостить или самим выдвинуться
13. Если меня критикуют или мне возражают, то мне всегда кажется, что другие правы, а я — нет 0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 21 ОТНОШЕНИЕ К ОПЕКЕ И НАСТАВЛЕНИЯМ

1. Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право
2. Я охотно слушаю те наставления, которые касаются моего здоровья
3. Не выношу, когда меня опекают и за меня все решают
4. Я не нуждаюсь в наставлениях
5. Я охотно слушаюсь того, кто, знаю, меня любит
6. Я стараюсь слушать полезные наставления, но это у меня не всегда получается
7. Временами все наставления пролетают мимо моих ушей, временами они меня раздражают, а иногда я ругаю себя за то, что не слушал их раньше
8. Совершенно не переношу наставления, если они даются начальственным тоном
9. Я внимательно слушаю наставления и не противлюсь, когда меня опекают
10. Я охотно слушаю те наставления, что мне приятны, и не переношу те, что мне не по душе
11. Я люблю, когда обо мне заботятся, но не люблю, чтобы мною командовали
12. Я не решаюсь прервать даже вовсе никчемные для меня наставления или избавиться от ненужного для меня покровительства
13. Наставления вызывают у меня желание делать все наоборот
14. Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 22 ОТНОШЕНИЕ К ПРАВИЛАМ И ЗАКОНАМ

1. Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение
2. Всегда считаю, что для интересного и перспективного дела всякие правила и законы можно обойти
3. Логически обоснованные правила я стараюсь соблюдать
4. Я часто боюсь, что меня по ошибке примут за нарушителя законов
5. Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют
6. Периоды, когда я не соблюдаю все правила и законы, чередуются с периодами, когда я упрекаю себя за недисциплинированность
7. Всякие правила и порядки вызывают у меня желание нарочно их нарушить
8. Правила и законы я всегда соблюдаю

9. Всегда слежу за тем, чтобы соблюдали правила все окружающие люди
10. Часто упрекаю себя за то, что нарушал правила и не соблюдал строгих законов

11. Я стремлюсь соблюдать правила и законы, но это мне не всегда удается

12. Строго следую тем правилам, которые считаю справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми

0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 23 ОЦЕНКА СЕБЯ В ДЕТСТВЕ

1. В детстве я был робким и плаксивым

2. Очень любил сам сочинять всякие сказки и фантастические истории

3. В детстве я избегал шумных подвижных игр

4. Я был как все дети и ничем не отличался от моих сверстников

5. Периодами мне кажется, что в детстве я был живым и веселым, периодами начинаю думать, что был очень непослушным и беспокойным

6. Я с детства был самостоятельным и решительным

7. В детстве я был веселым и отчаянным

8. В детстве я был обидчивым и чувствительным

9. В детстве я был непоседливым и болтливым

10. В детстве я был таким же, как сейчас, меня легко было огорчить, но и легко успокоить и развеселить

11. С детства я стремился к аккуратности и порядку

12. В детстве я любил играть один или смотреть издали, как играют другие дети

13. В детстве я больше любил беседовать со взрослыми, чем играть со сверстниками

14. В детстве я был капризным и раздражительным

15. В детстве я плохо спал и плохо ел

16. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 24 ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

1. Любил вместо школьных занятий отправиться погулять с товарищами или сходить в кино

2. Сильно переживал замечания и отметки, которые меня не удовлетворяли

3. В младших классах любил школу, потом она стала меня тяготить

4. Периодами любил школу, периодами она мне начинала надоедать

5. Не любил школу, потому что все педагоги относились ко мне несправедливо

6. Школьные занятия меня очень сильно утомляли
7. Больше всего любил школьную самостоятельность
8. Любил школу, потому что там была веселая компания
9. Стеснялся ходить в школу: боялся насмешек и грубости
10. Очень не любил физкультуру
11. Посещал регулярно школу и всегда активно участвовал в общественной работе
12. Школьная обстановка меня очень тяготила
13. Старался аккуратно выполнять все задания
0. Ни одно из определений мне не подходит

ТЕМА № 25 ОЦЕНКА СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

1. Мне не хватает холодной рассудительности
2. Временами я доволен собой, временами ругаю себя за нерешительность и вялость
3. Я слишком мнителен, без конца тревожусь и беспокоюсь обо всем
4. Я не виноват в том, что вызываю зависть у других
5. Мне не хватает усидчивости и терпения
6. Считаю, что я ничем не отличаюсь от большинства людей
7. Мне не хватает решительности
8. Я не вижу у себя больших недостатков
9. Когда у меня хорошее настроение я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения мне кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества
10. Я слишком раздражителен
11. Другие находят у меня крупные недостатки, я считаю, что они преувеличивают
12. Я страдаю оттого, что меня не понимают
13. Я чрезмерно чувствителен и обидчив
0. Ни одно из определений мне не подходит

Приложение 2.

Пример экспериментально-психологического исследования

Фамилия, Имя: А.Б

Возраст: 15 лет

Дата обследования: 11.11.11.

Цель: изучение особенностей внимания, памяти, умственной работоспособности, развития мышления, особенностей личности испытуемого.

Методики: МЦВ, таблицы Шульте, «10 слов», «Пиктограммы», «Исключение лишнего», «Простые аналогии», «Выявление существенных признаков», «Рассказ по картинке», «Самооценка психических состояний» по Айзенку, «Исследование самооценки» по Дембо-Рубинштейн, ИЖС, беседа, наблюдение.

Отношение к исследованию:

Пациент в ситуации обследования напряжен, скован, контакт глаз поддерживает периодически, поза закрытая, жесты и мимика не выраженные. Настроение ровное. На вопросы отвечает односложно, медленно. Инструкции понимает не сразу, требуется несколько повторений в процессе решения задач. Результатами не интересуется.

Результаты исследования:

Диагностика познавательных процессов выявила низкий темп психической деятельности, работоспособность снижена. Внимание неустойчивое, объем внимания и вработываемость снижены.

Опосредованное значительно снижено (воспроизведение по «Пиктограммам» 18%), преобладают конкретные образы. Объем механического запоминания и отсроченного воспроизведения в норме.

Развитие мыслительных операций не соответствует возрасту: снижение уровня обобщения, трудности в установлении аналогий, неустойчивость, инертность мышления. Мышление неосознанное (при правильных ответах не может объяснить свой выбор). Опосредование и абстрагирование развиты недостаточно.

По результатам тестирования и наблюдения пациент демонстрирует неустойчивую реалистичную самооценку и завышенный уровень притязаний, что может указывать на личностную незрелость, неумение сравнивать себя с другими, пониженную чувствительность к своим ошибкам, неудачам, и оценкам окружающих.

Ведущая психологическая защита — подавление. Особенности защитного поведения в норме: тщательное избегание ситуаций, которые мо-

гут стать проблемными и вызвать страх (например, полеты на самолете, публичные выступления и т. д.), неспособность отстаивать свою позицию в споре, соглашательство, покорность, робость, забывчивость, боязнь новых знакомств, выраженные тенденции к избеганию и подчинению подвергаются рационализации, а тревожность — сверхкомпенсации в виде неестественно спокойного, медлительного поведения, нарочитой невозмутимости и т. п. Акцентуация: тревожность (по К. Леонгарду), конформность (по П. Б. Ганнушкину). Возможные девиации поведения: ипохондрия, иррациональный конформизм, иногда крайний консерватизм. Возможные психосоматические заболевания (по Э. Берну): обмороки, изжога, потеря аппетита, язва 12-перстной кишки. Диагностическая концепция: пассивный диагноз (по Р. Плутчику). Тип групповой роли: “роль невиновного”.

Самооценка психических состояний выявляет средний уровень фрустрации и агрессивности. Ригидность высокая. Тревожность не осознается (возможно вследствие актуализации ведущей психологической защиты).

Актуальное эмоциональное состояние характеризуется неустойчивостью, повышенной эмотивностью, эмоциональной незрелостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям.

В поведении — смешанный тип реагирования, позиция неустойчивая, ирреальность притязаний, трудности социальной адаптации. Стремление к независимой позиции, оригинальность суждений, своеобразие интересов. Потребность в “особых” переживаниях и отношениях, которым отдается предпочтение перед конкретными и реальными целями.

Художественный склад мышления, потребность в сильных переживаниях, богатое воображение, повышенная ранимость, впечатлительность, мечтательность. Склонность к выбору занятий в сфере искусства и избеганию рамок режимных видов деятельности и формальностей.

Затруднения в межличностных контактах узкого круга, физиологические потребности в зоне комфорта. Потребность в теплых контактах не является актуальной.

Ведущие потребности: потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений; потребность самостоятельно решать свои проблемы и распоряжаться своей судьбой.

Психологическое заключение:

- Развитие познавательных процессов не соответствует возрастным нормам.

- Заниженная неустойчивая самооценка, высокий уровень притязаний.
- Ведущая психологическая защита — подавление.
- Акцентуация — сензитивный (тревожный) тип.
- Эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность к внешним раздражителям.
- Черты эмоциональной незрелости, трудности социальной адаптации.
- Потребность в “особых” переживаниях и отношениях, часто в ущерб реальным целям.
- Тщательное избегание ситуаций, которые могут стать проблемными и вызвать страх.

Рекомендации:

1. Индивидуальная психокоррекция с целью оптимизации личностных ресурсов (формирование адекватной самооценки, развитие волевых качеств).

2. Групповая психокоррекция с целью развития навыков социального взаимодействия (общения, умения активного слушания, навыков конструктивного решения задач и т. п.).

3. Занятия в арт-студии (эмоциональное отреагирование и возможность спонтанной самореализации).

4. Индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, направленные на развитие познавательных процессов (ощущений, внимания, памяти, мыслительных операций, активного словаря).

Подросток нуждается в длительных и постоянных разубеждениях, опровергающих его неполноценность. Возможна организация ситуаций, в которых подросток чувствует, что он “нужен другим”, например, общественные поручения. Избегание ситуаций, которые могут вызвать сильную психоэмоциональную нагрузку.

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ № 10. Тираж 500 экз.
Распространяется бесплатно.