



Департамент социального развития
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Казенное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Берегиня»

«ШАНС»
(программа медико-социальной реабилитации
подростков с пограничными психическими расстройствами)

Автор:
Е. Г. Аникина,
заместитель директора

г.п. Пионерский
2011

І. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.

Актуальность

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время характеризуется высокой частотой пограничных психических расстройств. Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами, особенно пограничной патологией, отмечается в подростковом возрасте. В этом возрасте каждый индивидуум испытывает действие двух естественных, но не однозначных процессов: интенсивной социализации личности и активной физиологической перестройки организма. Эти процессы часто достигают силы и остроты социо-психо-биологического кризиса, порождающего серьезные проблемы в состоянии здоровья подростков. Так, в частности, серьезной проблемой подросткового возраста является недостаточная социальная адаптация, проявляющаяся прежде всего в высокой частоте нарушений поведения — от повышенной конфликтности и антидисциплинированности до поведения, обязательным и определяющим компонентом которого является совершение противоправных действий (делинквентность). В структуре заболеваемости воспитанников социозащитных учреждений, на первом месте стоят нервно-психические заболевания. Это обусловлено тем, что начиная с внутриутробного периода, если ребенок нежеланный, он испытывает стресс. Его мать находится в состоянии постоянного гнева, обиды, неудовлетворенности или в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, часто даже не зная о наступившей беременности. Все эти негативные явления, как правило, длительные и вызывают отклонения психического и физического развития плода.

В первую очередь страдает нервная система ребенка, что проявляется, в лучшем случае, функциональными нарушениями в виде неврозов, эмоциональной неустойчивости и в худшем случае, тяжелой умственной отсталостью. Для коррекции стойких поведенческих расстройств, которые в большинстве случаев не сопровождаются глубокой степенью умственной отсталости, необходимы специальные реабилитационные подходы. Принятый в 1999 году Федеральный закон №120 – ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" указывает на необходимость организации для детей с нарушениями психического развития и поведения специальных учреждений открытого типа. В настоящее время для социально-медицинской реабилитации таких детей создаются новые организационные формы. Однако в этих учреждениях отсутствуют дифференцированные реабилитационные программы, целью которых является компенсация и коррекция нарушений психического и личностного развития детей и подростков с отставанием в психическом развитии и расстройствами поведения. Современный подход к разработке и организации реабилитационного процесса детям с психическими расстройствами основан на междисциплинарном взаимодействии различных специалистов: психиатров, психологов, педагогов, дефектологов, логопедов и социальных работников. Кроме того, он должен осуществляться в условиях максимально приближенных к реальной жизни.

Эра психофармакологии значительно изменила не только структуру психических болезней, психические заболевания стали протекать с меньшей остротой, значительно уменьшилось число социально-опасных больных. Эффективно купируются острые состояния, но все больше становится больных с вялым и длительным течением заболевания. Часто подросток по состоянию не нуждается в стационарном лечении в психиатрическую больницу, а амбулаторная помощь не обеспечивает многодневного динамического наблюдения и возможность оперативного комплексного лечения. Такое положение вызвало развитие так называемых промежуточных звеньев –дневных стационаров, которые в практике лечения взрослых больных показали большую эффективность.

Известно, что основной массе детей и подростков, страдающих психическими расстройствами данного контингента после полноценного стационарного лечения,

которое как правило длительное (от 1 до 4 месяцев), не удастся сразу вернуться в школу, так как они не всегда могут войти в ритм школьных занятий, что усугубляет школьную дезадаптацию. Кроме того, в стационарных отделениях психиатрических больниц не проводится необходимая социально-психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков, что препятствует их социализации и ресоциализации. У подростков, с которыми не проводится реабилитация, могут развиваться состояния постоянной тревожности, страховые реакции, чувство неполноценности и др., что нередко приводит к более серьезным расстройствам психики. Условия Крайнего Севера имеют свои особенности: отдаленность территорий, низкая плотность населения в населенных пунктах, высокий уровень заболеваний пограничными психическими расстройствами среди подростков. Данные факторы не позволяют применить опыт других областей по организации дневных психиатрических стационаров для детей школьного возраста на базе общеобразовательных школ. В связи с чем, для проведения активной реабилитационной и психопрофилактической работы с детьми и подростками страдающими психическими расстройствами, возникла необходимость создания на базе отделения социальной реабилитации группы, специализирующейся на комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации подростков после выписки из Советского психоневрологического диспансера.

Отделение социальной реабилитации имеет положительный опыт реабилитационной работы с данным контингентом детей и подростков. Критериями эффективности реабилитационной работы являются: улучшение успеваемости, повышение умственной работоспособности, исчезновение или уменьшение невротических и неврозоподобных расстройств, снижение конфликтности. В условиях отделения социальной реабилитации осуществляется эффективная комплексная реабилитация детям с пограничными психическими расстройствами на основе биопсихосоциального подхода. Деятельность отделения имеет также психопрофилактический характер и позволяет предупреждать возникновение невротических и личностных расстройств, путем внедрения в практику реабилитации адаптированных для детей данного контингента новых форм и методов работы.

Приобретенные детьми и подростками в ходе реабилитационных мероприятий социально важные навыки, такие как, навыки разрешения конфликтных ситуаций, конструктивного общения с окружающими и друг с другом, помогут повысить их уровень адаптации в обществе и качество их жизни.

2. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА

Несовершеннолетние в возрасте с 13 -17 лет, страдающие пограничными психическими расстройствами и нуждающиеся в противорецидивной и восстановительной реабилитации.

3. ЦЕЛЬ

Объединение различных направлений социальной, психолого-педагогической и медицинской реабилитации в единое реабилитационное пространство для социализации и ресоциализации несовершеннолетних страдающих пограничными психическими расстройствами.

4. ЗАДАЧИ

1. Организовать результативную систему единого реабилитационного пространства.
2. Организовать реабилитацию несовершеннолетних страдающих психическими расстройствами, которые прошли основной курс терапии в детско-подростковом отделении Советского психоневрологического диспансера с постепенной адаптацией к обычной жизненной обстановке.

3. Оказать лечебную и профилактическую помощь детям с начальными формами нервно-психических расстройств и начинающихся рецидивов и обострений
4. Обеспечить непрерывность медико-психолого-педагогического реабилитационного процесса через систему социального партнерства;

5. 6. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ

- Диагностика, анкетирование, опрос, тренинги поведения и личностного роста.
- Групповые психокоррекционные занятия с элементами тренинга.
- Индивидуальное и групповое консультирование.
- Игровая терапия.
- Занятия в кабинете психологической разгрузки.
- Психогимнастика.
- Клиническая психотерапия.
- Беседы, дискуссии.
- Просмотр тематических видеофильмов.
- Деловые, ролевые игры.
- «Мозговой штурм»,
- «Круглый стол».
- «День самоуправления».
- Мастер-классы,
- Кружковая работа,
- выставки, вернисажи, творческие тематические встречи и т.д.
- Туристические походы, палаточные лагеря, выезды на природу.
- конкурсы (конкурс рисунков и пр).
- иппотерапия.
- Эмоционально-образная терапия.
- Арт-терапия
- Фармакотерапия.

III СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

1. ЭТАПЫ И СРОКИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

1 этап – организационный – 30 дней (01-30 декабря 2012г)

1. Составление концептуального и финансово-экономического обоснований программы;
2. Разработка организационно-методических документов по комплексной психолого-медико-педагогической оценке психического состояния и социальной дезадаптированности детей, нуждающихся в социально-медицинской реабилитации в условиях отделения социальной реабилитации.
3. Разработка системы показателей комплексной медико-психологической оценки и выявление проблем личностного развития у детей с отставанием в психическом развитии и стойкими нарушениями поведения, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.
4. Подбор команды специалистов для реализации программы;
5. Подписание нормативных документов и соглашений, составление функциональных обязанностей команды;
6. Организация условий для реализации программы.

2 этап - практический этап -180 дней (01.01.2013-30.06.2013)

1. Апробация дифференцированной программы комплексной противорецидивной и восстановительной реабилитации детей и подростков страдающих пограничными психическими расстройствами в отделении социальной реабилитации

3 этап – аналитический – 30 дней (01.07.2013-30.07.2013)

1. Установление оптимальной системы показателей и оценка эффективности выполненных психокоррекционных и реабилитационных программ.

2. Выбор оптимальных консультативно-диагностических и психокоррекционных мероприятий для распространения в других учреждениях опыта оказания медико-психологической и реабилитационной помощи детям с отклонениями в психическом развитии и девиантным поведением.

3. Разработка программ семинаров и пакета организационно-методических документов для распространения в других учреждениях опыта оказания реабилитационной помощи детям с отклонениями в психическом развитии и нарушениями поведения в условиях социозащитных учреждений

2. НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ СОДЕРЖАНИЕ

1. Медицинское направление.
2. Педагогическое направление
3. Психологическое направление

МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Количество детей и подростков участвующих в реализации программы – подростки страдающие психическими расстройствами - 9 человек, в возрасте от 13 до 17 лет. География участников: дети и подростки страдающие психическими расстройствами, проживающие в социозащитных учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Программа является составной частью комплексной программы реабилитации несовершеннолетних страдающих пограничными психическими расстройствами «Вызов». Организаторами программы являются казенное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Берегиня» и казенное учреждение «Советский психоневрологический диспансер». Программа «Шанс» реализуется в тесном взаимодействии с МУСОК «Орион» г.п. Малиновский, МУСОК «Импульс» г.п. Пионерский, ООО «Стеновые материалы», ООО «Алябьевский хлебозавод», территориальным отделом Советского лесничества, комитетом по молодежной политике, культуре и спорту Советского района, Благотворительным фондом социальной и духовной помощи «Вефиль», общественной организацией «Молодёжь Советского района», волонтерами г. Югорска. Практическое руководство и координацию действий осуществляет руководитель программы - директор КУ СРЦ «Берегиня». Для реализации программы составляются соглашения о межведомственном и межсекторальном взаимодействии с указанными предприятиями, учреждениями и общественными организациями.

Для организационно-методического обеспечения реализации программы создается Совет, который состоит из руководителя программы и кураторов со стороны Центра «Берегиня» и Советский ПНД.

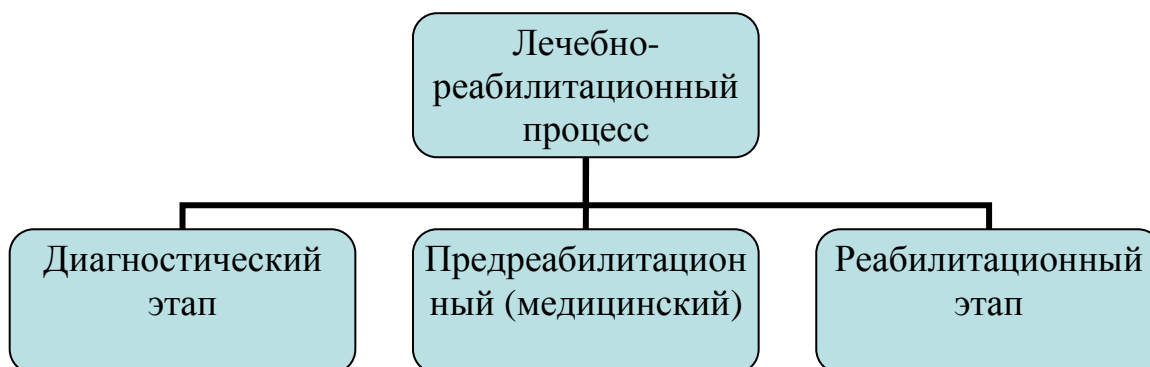
Программа реализуется поступенчато:

- 1 ступень – на базе Советского психоневрологического диспансера;
- 2 ступень – Центр «Берегиня».

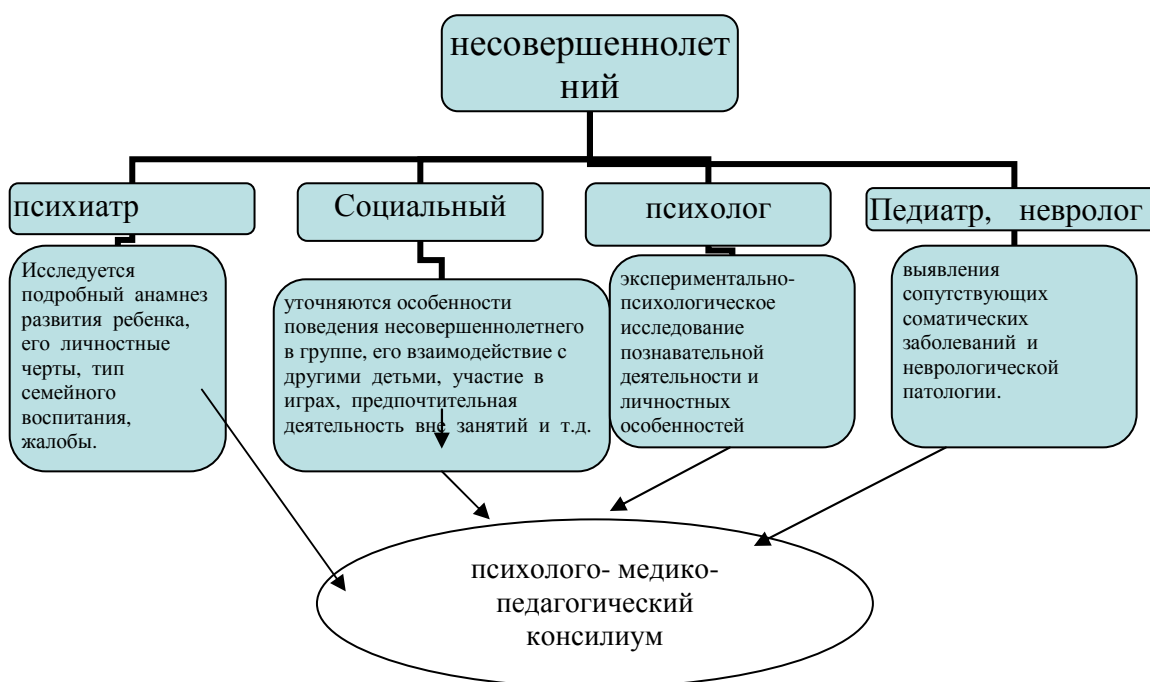
3 ступень по месту основного жительства несовершеннолетних.

Социозащитное учреждение автономного округа, воспитанник которого нуждается в стационарном лечении или обследовании в Советском психоневрологическом диспансере, направляет ходатайство в территориальное управление социальной защиты населения о предоставлении их воспитаннику койко-места в отделении социальной реабилитации КУ СРЦ «Берегиня».

Лечебно-реабилитационный процесс состоит из этапов (схема 1)



Диагностический этап начинается с момента помещения несовершеннолетнего в отделение социальной реабилитации Центра. (схема 2)



После заключения всех специалистов на психолого-педагогическом консилиуме составляется индивидуальная реабилитационная программа и, если есть показания, госпитализируется для лечения или обследования в детское отделение психоневрологического диспансера до медикаментозной субкомпенсации.

Предреабилитационный (медицинский) этап. Социальный педагог и психолог Центра, курируют находящегося на лечении в детском отделении психоневрологического диспансера несовершеннолетнего, по разрешению врача

проводят психокоррекционные занятия, защищают права и законные интересы воспитанников. Несовершеннолетние, находясь на лечении, не изолированы от общества. После снятия острого состояния, с несовершеннолетними, при отсутствии противопоказаний, начинают работать воспитатели, психологи, социальные педагоги. Психологами на этапе лечения активно применяются методы арт-терапии, ароматерапии, сказкотерапии. Воспитатели вовлекают несовершеннолетних в групповые занятия кинотерапии и культуротерапии. Несовершеннолетние 2 раза в неделю посещают творческие мастерские Центра «Берегиня», 1 раз неделю – иппотерапия.

Реабилитационный этап. Советский психоневрологический диспансер, после проведения интенсивной терапии, направляет несовершеннолетнего в «лечебный отпуск» для проведения медико-психолого-педагогической реабилитации в отделение социальной реабилитации Центра «Берегиня». Показания для перевода несовершеннолетних из диспансера в отделение социальной реабилитации и обратно: в отделение социальной реабилитации из диспансера могут переводиться несовершеннолетние после полного или частичного исчезновения у них, в процессе терапии, острых психопатологических расстройств. Такие несовершеннолетние, как правило, нуждаются в продолжении лечения, ежедневном врачебном наблюдении, а также в усилении социально-реабилитационного воздействия. К этой же категории относятся несовершеннолетние с затрудненной микросоциальной адаптацией, нуждающиеся в активных социально-восстановительных мероприятиях. Решение лечащего врача и заведующего отделением детского психоневрологического отделения о переводе несовершеннолетнего в Центр согласуется с директором Центра, и несовершеннолетний поступает в отделение социальной реабилитации с соответствующей выпиской и рекомендациями из стационара. При необходимости возможен перевод несовершеннолетних из отделения социальной реабилитации в диспансер. Основными причинами перевода, как правило, являются следующие:

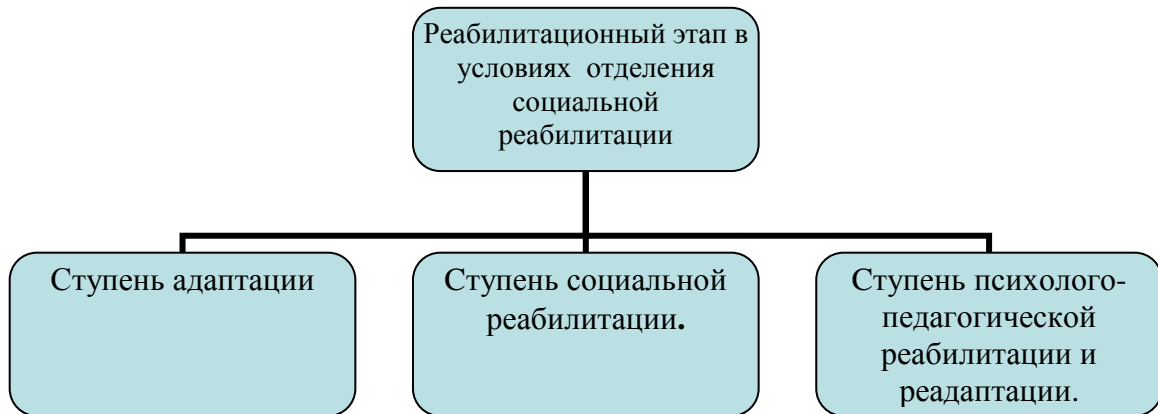
1. Быстро не купируемое обострение психотического состояния с появлением симптомов, угрожающих жизни больного и представляющих угрозу для окружающих.
2. Грубая, оперативно не купируемая дезадаптация в коллективе с неправильным поведением, мешающим окружающим больным и ведущим к срыву уроков и других коллективных мероприятий.
3. Отказ от приема лекарств и других медицинских процедур.

Порядок перевода из отделения социальной реабилитации в диспансер аналогичен, только представление исходит от директора Центра. Таким образом, в отделение социальной реабилитации могут поступать несовершеннолетние с разнообразными нервно-психическими расстройствами преимущественно с выраженной дезадаптацией в школе (низкая успеваемость, трудности поведения), в семье (неправильное поведение) либо при сохранной адаптации с нервно-психическими расстройствами, не поддающимися купированию в стационаре или амбулатории, в состоянии становления ремиссии, неустойчивой ремиссии, острых и подострых состояний, по своей структуре не требующих обязательного стационарирования, а также с целью уточнения диагноза.

Размещается отделение в типовом здании Центра, на 3 этаже. Несовершеннолетние проживают в 2-х местных комнатах, группа оснащена и соответствует требованиям СанПин 2,4,1201-03, кроме того имеются медицинский кабинет, кабинет психолога, творческие мастерские, библиотека. Созданы условия для проведения разнообразной реабилитационной работы, специально оборудованы: 1) помещения для работы медицинского персонала (врачей, медицинских сестер, психолога); 2) сенсорная комната 3) игровой зал; 5) столовая, музыкальный зал, зимний сад. При участии описанных помещений в отделении можно использовать все известные методы лечения нервно-психических расстройств. В отделении применяются: разнообразная фармакотерапия, в том числе с назначением средних и даже высоких доз препаратов, различные

симптоматические средства, общеукрепляющая терапия, психотерапия, в том числе культуротерапия, трудовая терапия и т.п. Медицинская реабилитация в отделении складывается в основном из психотерапии, фармакотерапии, лечебной педагогики и трудотерапии. В зависимости от состояния несовершеннолетнего или этапа лечения в отделении тот или иной вид лечения приобретает первостепенное или второстепенное значение.

Ступени реабилитационного этапа(схема3)



I. Ступень адаптации

Первая ступень по времени совпадает с клинко-диагностической работой. Здесь на первый план выступает фармакотерапия, направленная на снятие возбудимости, патохарактерологических реакций, смягчение или ликвидацию расстройств, препятствующих адекватному поведению в коллективе детей и выполнению основных требований режима. Психотерапия в этот период носит чаще вспомогательный характер. В отдельных случаях (при ситуационно обусловленных расстройствах, повышенной внушаемости) состояние несовершеннолетнего и его поведение заметно меняются после проведения психотерапевтических мероприятий при приеме в отделение (выдача памяток, паспорта, расписка, беседа с заведующим отделением, социальным педагогом, психологом, воспитателем). При выраженной дезадаптации на первом этапе лечебно-педагогические мероприятия, как правило, неэффективны и сводятся к удержанию больного несовершеннолетнего в рамках расписания отделения. Ступень адаптации можно считать завершенным при выполнении следующих условий: несовершеннолетний без больших трудностей удерживается в рамках расписания; относительно правильно ведет себя в основных режимных моментах отделения; сохраняется выраженная положительная установка на пребывание в отделении.

II. Ступень социальной реабилитации.

Правильно проведенная адаптация, подбор адекватной фармакотерапии позволяют перейти к следующей ступени, который характеризуется:

1. Мероприятиями, направленными на устранение (нивелировку) нервно-психических расстройств.
2. Тренировкой адаптационных функций с приспособлением несовершеннолетнего к обычным требованиям повседневной жизни - активное противодействие психопатическим и установочным формам поведения; приспособление и перестройка отношения к себе и к окружающей среде; привитие норм правильного поведения в школе, на улице, в общественных местах; привитие навыков систематической, а затем и самостоятельной учебы. На этом этапе завершается коррекция психофармакотерапии, по возможности снижаются дозы и фармакотерапия все больше приобретает характер поддерживающей, преимущественно производится переход к малым нейтролептикам, транквилизаторам и препаратам с пролонгированным действием. На первый план

выступает психотерапия во всевозможных формах, направленная на решение вышеописанных задач ступени.

Психотерапевтическое воздействие проводится по двум основным направлениям.

1. Несовершеннолетний продолжает получать основное лечение: психотропные препараты (нейтролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, психостимуляторы), общеукрепляющее, физиотерапию, массаж. Психотерапия выступает как вспомогательный метод лечения.

2. Психотерапия является ведущим методом лечения и выступает во всех проявлениях с переходом с одной методики на другую: рациональная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка, групповая, трудотерапия и т. д., а остальные методы являются вспомогательными, дающими возможность лучше раскрыть психотерапевтические методики. Основой в комплексном лечении является то положение, что в дальнейшей жизни и несовершеннолетнего никто и нигде не будет приспособляться к его нервно-психическим особенностям. В связи с тем, что на несовершеннолетнего в отделении падает большая нагрузка - обучение, лечение, необходимо обратить первостепенное внимание на создание условий для рационального режима труда и разнообразного отдыха, общеукрепляющей терапии, повышения психофизических возможностей больного.

Для этого проводится следующая терапия и мероприятия.

1. Средства, (влияющие преимущественно на процессы тканевого обмена (группа витаминов В, А, С, Д, Е, препараты фосфора и кальция).

2. Препараты - ноотропы,

3. Психостимуляторы.

4. Пятиразовое питание в отделении.

5. Выявление и лечение хронических соматических болезней.

6. Физкультура и ЛФК.

7. Трудотерапия и кружковая работа.

Особенно важно в режиме отделения организовать отдых воспитанников в период после окончания уроков в школе, до начала приготовления домашних заданий. Причем желательно, чтобы возможности для отдыха были разнообразны и каждый несовершеннолетний мог выбрать себе отдых по душе: игры на воздухе, игры в игровом зале, в спортзале, чтение художественной литературы и журналов, прослушивание музыки и цветомузыки, свободное общение в помещении и на улице, участие в хозяйственной жизни отделения и Центра.

III. Ступень психолого-педагогической реабилитации и реадaptации.

Успешное решение первых двух ступеней реабилитации позволяет стабилизировать состояние несовершеннолетнего и выработать положительную установку на педагогическую реабилитацию. Если до поступления в отделение, в массовой школе была дезадаптация, то вопрос реадaptации часто становится весьма затруднительным по следующим причинам.

1. И у несовершеннолетнего, и у родителей (законных представителей) часто испорчены отношения с педагогами и учащимися массовой школы - отношения взаимной антипатии.

2. Режим отделения устраивает родителей (законных представителей) и несовершеннолетнего (требования строгие, но достаточно адекватные состоянию и возможностям несовершеннолетнего).

3. Массовая школа нередко активно сопротивляется возврату несовершеннолетнего. В такой ситуации выписка несовершеннолетнего без предварительной подготовки является гарантией скорого и неотвратимого срыва. В тех случаях, когда нервно-психическое состояние несовершеннолетнего стабилизировалось, но есть выраженная педагогическая

запущенность с явлениями первичного (в силу детренированности и отсутствия соответствующих навыков и привычек) или вторичного (в силу имеющихся нервно-психических заболеваний) нарушения интеллектуальных предпосылок (работоспособность, память, внимание), на первый план выступает психолого-педагогическая реабилитация. При психолого-педагогической реабилитации несовершеннолетнего необходимо учитывать:

- индивидуальные особенности и патологические изменения у несовершеннолетнего; основные расстройства психики, подлежащие восстановлению;
- положительные стороны личности; стимулирующие факторы коррекции и воспитания каждого несовершеннолетнего;
- динамическое прослеживание состояния психических процессов; длительное проведение реабилитационных упражнений, трудотерапию, игротерапию, индивидуальную и групповую психотерапию.

Характерно, что учебные занятия также направляют, развивают и корригируют процессы мышления, внимания, канализируют поведенческие реакции. В ходе психолого-педагогической реабилитации несовершеннолетних оцениваются их компенсаторные возможности, требуется длительный срок для преодоления их патологических стереотипов и отношений. Все коррекционные работы желательно выстраивать с постепенным увеличением требований к несовершеннолетним. Чрезмерная похвала разжигает амбиции и ведет к неадекватной оценке несовершеннолетнего своих возможностей. Психотерапевтические беседы, смена обстановки, доверительные отношения с психологом создают уверенность у несовершеннолетнего в том, что у них есть свои собственные силы и возможности для преодоления затрудненных приспособительных реакций, неуверенности в себе и т. д.. Основой психолого-педагогической реабилитации в отделении и МОСОШ является обучение по программе массовой школы со строго индивидуализированным и адекватным состоянию несовершеннолетнего подходом в условиях, исключающих возникновение педагогической запущенности в процессе лечения и максимальными возможностями для ликвидации имеющей место педагогической запущенности.

Важным моментом в комплексе медико-педагогических мероприятий являются:

- 1) вовлечение несовершеннолетних в спортивно-туристическую деятельность
- 2) расширение кругозора с выработкой основ правильного поведения в общественных местах, путем коллективных экскурсий;
- 3) выявление возможностей и склонностей несовершеннолетнего с привлечением его к трудотерапии, кружковой работе и к участию в хозяйственной жизни отделения и Центра;
- 4) общеоздоровительные спортивные мероприятия, секции, турниры, эколого-туристические походы.

При успешном решении описанных медико-педагогических задач, устранении педагогической запущенности, выработке соответствующих учебных и поведенческих установок несовершеннолетний становится пригодным по состоянию для реадaptации в условиях отделения социальной реабилитации, что является главной конечной задачей третьей ступени реабилитации. В зависимости от состояния несовершеннолетнего и микросоциальной обстановки та или иная ступень работы может занимать больший или меньший промежуток времени, играть большую или меньшую роль, а в ряде случаев практически отсутствовать например, при ситуационно обусловленных расстройствах, когда дезадаптация была обусловлена не состоянием несовершеннолетнего, а неблагоприятной окружающей средой (семья, школа), практическую значимость больше приобретает третья ступень реабилитации и т. п.

Специалисты отделения поддерживает тесную связь с семьей или законными представителями несовершеннолетнего, получают достаточно глубокую информацию о

ней, выявляет внутрисемейные трудности и элементы неправильного подхода к несовершеннолетним и его воспитанию. Это позволяет проводить целенаправленную коррекцию и семейную психотерапию, а также психотерапию через семью, планомерно и последовательно восстанавливая семейную адаптацию несовершеннолетних, что является одним из главных моментов при решении вопросов общей реадaptации. Таким образом, реабилитация в отделении социальной реабилитации предусматривает широкие лечебные и социально-реабилитационные мероприятия, эффективность которых контролируется в условиях обычной жизни несовершеннолетнего.

4. РЕСУРСЫ

4.1. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ

Таблица 1 «Кадровые ресурсы»

№ п/п	Должность	Кол-во штатных единиц	Функции
1.	Заведующий отделением	1	1.Разработка программы; 2.Информационное консультирование администрации Центра и Советского ПНД о результатах работы; 3.Заполнение отчетной документации; 4.Организация и контроль деятельности специалистов (в т.ч. заполнение протоколов занятий).
2.	Психолог	2	1.Проведение психокоррекционных занятий и психодиагностики участников; 2.Отслеживать динамику группы и состояние участников; 3.Ведение протокола групповой динамики; 4.Выявление подростков, нуждающихся в дальнейшем индивидуальном сопровождении, собирать информацию о своих воспитанниках во время группового процесса.
3.	Социальный педагог	2	1.Оказывать помощь заведующему отделением в реализации программы; 2.Поддерживать общий ритм работы группы; 3.Поддерживать групповую сплоченность; 4.Оказывать индивидуальную помощь участникам (разъяснять инструкции и т.п.); 5.Реализовывать свои функции посредством активного участия в занятии; 6.Совместно с психологом составлять индивидуальный план дальнейшего социально-психолого-педагогического сопровождения; 7.Отвечать за прохождение информации о подростке по месту постоянного проживания.
4.	Воспитатель	7	1.Оказывать помощь в утверждении правил групповой работы и контроль за их соблюдением; 2.Помогать в организации работы малых групп;

			<p>3.Участвовать в обсуждении и подведении итогов;</p> <p>4.Показывать пример, соблюдая и озвучивая в случае необходимости правила групповой работы, проявлять заботу и интерес к участникам, поддерживать их и результаты их деятельности;</p> <p>5.Организовывать соревнования, эстафеты и другие мероприятий;</p> <p>6.Проводить инструктажи с подростками;</p> <p>7.Проводить исследовательские работы по изучению флоры и фауны.</p>
5.	Инструктор по труду	2	<p>1.Формировать у воспитанников трудовые умения и навыки, готовить их у практическому применению полученных знаний.</p> <p>2.Проводить с воспитанниками профориентационную работу, организовывать из общественно полезный и производственный труд.</p>
6.	Дежурный по режиму	4	<p>1.Контролировать соблюдение распорядка дня и выполнение воспитанниками правил поведения.</p> <p>2.Сопровождать воспитанников во время посещения ими творческих мастерских, школы, различных мероприятий, проводимых в Центре и за его пределами.</p>
7.	Педагог дополнительного образования	1	<p>1.Осуществлять дополнительное образование воспитанников, развивать их разнообразную творческую деятельность</p> <p>2.Обеспечивать педагогически обоснованный выбор форм, средств и методов работы исходя из психофизиологической целесообразности.</p>
8.	Педагог -организатор	1	<p>1.Проводить массовые игры, представления.</p> <p>2.Организовывать развлечения, коллективные формы игрового общения и досуга воспитанников.</p> <p>3.Участвовать в разработке и составлении сценариев, тематических программ, игровых форм коллективного досуга, художественного оформления, музыкального сопровождения и технического оснащения.</p>
9.	Врач-психотерапевт	0,5	<p>1.Проводить психотерапевтические занятия и диагностику участников;</p> <p>2.Отслеживать динамику группы и состояние участников.</p>
10.	Инструктор по физической культуре и спорту	1	<p>1.Техническое оснащение процесса;</p> <p>2.Проводить инструктажи с подростками;</p> <p>3.Организовывать соревнования, эстафеты и другие мероприятий.</p> <p>4.Показывать пример, соблюдая и озвучивая в случае необходимости правила групповой</p>

			работы, проявлять заботу и интерес к участникам, поддерживать их и результаты их деятельности.
11.	Врач-психиатр	0,5	Осуществлять динамическое наблюдение за психическим состоянием несовершеннолетнего и при необходимости назначать и корректировать медикаментозное лечение

4.2.ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

Таблица 2 «Информационные ресурсы»

№	Наименование мероприятий	Исполнители
1.	Разработка методических рекомендаций, памяток, буклетов	Команда специалистов

4.3.МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ

Таблица 3 «Методические ресурсы»

№	Наименование мероприятий	Исполнители
1.	Подбор и систематизация методической литературы, аудио-видео материалов	Команда специалистов
2.	Приобретение методических пособий	Администрация Центра
3.	Разработка сценариев мероприятий	Ответственные специалисты
4.	Подбор диагностического инструментария	Психолог
5.	Групповые и индивидуальные консультации	Психолог, психотерапевт
6.	Разработка и распространение буклетов профилактической направленности	Команда специалистов

5. КОНТРОЛЬ И УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ

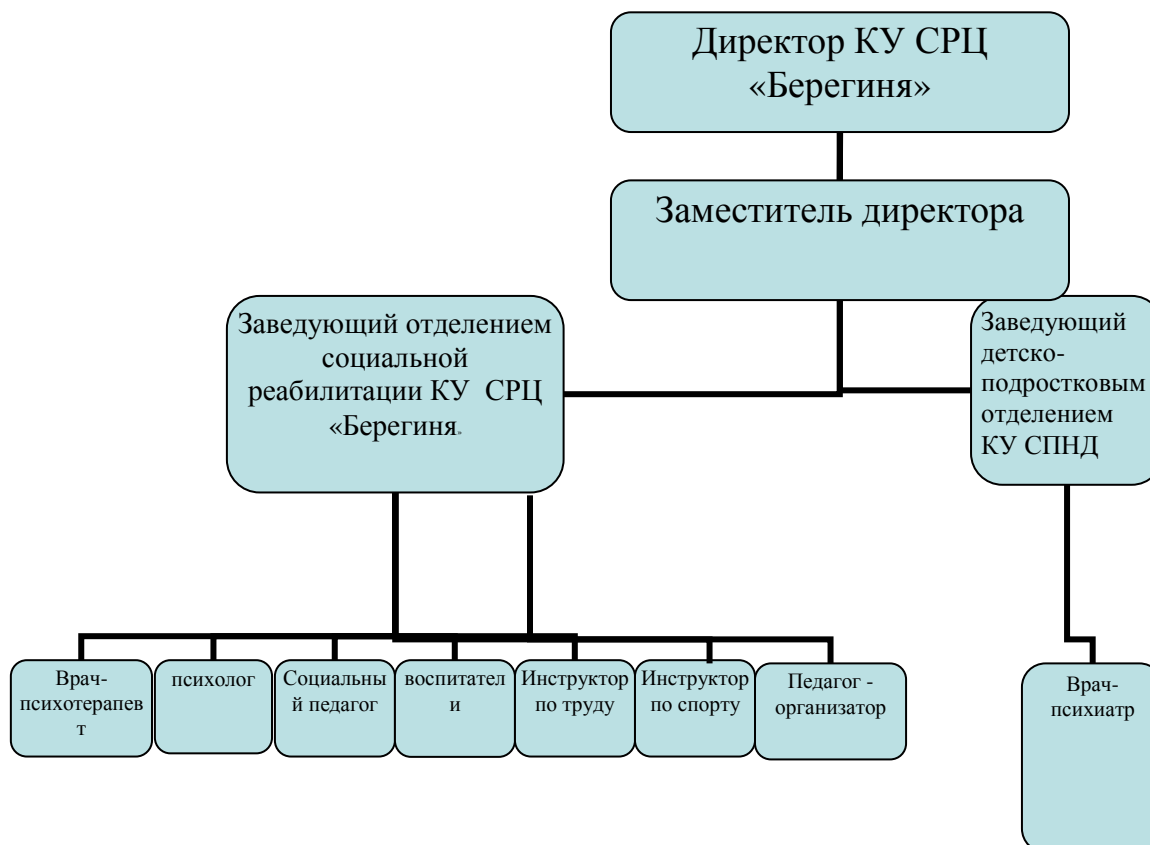


Схема 4 «Контроль и управление программой»

6. РЕЗУЛЬТАТЫ

6.1. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

- уменьшение невротических и неврозоподобных расстройств на 90%;
- улучшение успеваемости на 85%;
- повышение умственной работоспособности на 75%;
- снижение конфликтности на 100%;
- снижение уровня тревожности на 80%.
- повышение коммуникативности на 90%.

6.2. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

За 4 месяца реализации программы отмечено:

Улучшение состояния у 90% детей, выздоровление - у 5%, без перемен – 5%. Эффективность реабилитации проводится как по клинической картине, так и по показателям устойчивости внимания и работоспособности. До помещения в отделение у 8 детей из 9 наблюдались различные неврозоподобные расстройства (нарушения сна, возбудимость, плаксивость, утомляемость, головные боли и т.д.). После проведенной комплексной медико-педагогической реабилитации у 6 детей неврозоподобные синдромы исчезли, а у остальных детей стали менее выраженными. Показатель тревожности снизился с 43,2 до 13,4. Значительно повысилось качество внимания от 19,2 до 47, возросла работоспособность с 1,3 до 1,5. У детей со специфическими расстройствами развития средний балл до лечения составлял 2,9, после лечения – 3,8. После проведенной реабилитации несовершеннолетние с желанием ходят в школу, нет

пропусков уроков, появился интерес к учебе, участвуют во всех мероприятиях проводимых в Центре и в поселке, конфликты отмечаются редко, и дети научились конструктивно их разрешать. Практически отсутствуют самовольные уходы из Центра и не совершаются правонарушения.

6.3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Эффективность медико-социальной помощи детям с пограничными психическими расстройствами оценивалась по следующим критериям:

-положительная динамика дизонтогенетических симптомокомплексов (формирование/восстановление высших психических функций в соответствии с возрастными нормативами, формирование произвольных форм регуляции) и сглаживание психопатологической симптоматики (уменьшение выраженности невротических расстройств, церебрастенических проявлений, личностной и психической незрелости);

-повышение уровня адаптивного функционирования (улучшение познавательной деятельности и коммуникации в социально значимых для ребенка сферах жизнедеятельности — в школе и семье);

Инструменты: карта-паспорт; программа индивидуальной комплексной реабилитации; карта медицинского сопровождения реабилитационного процесса; журнал наблюдений; лист САН (Самочувствие, Активность, Настроение); психологическая диагностика психоэмоционального состояния с использованием тестовых и проективных методик.

Реализация намеченных мероприятий по программе существенно повысит уровень развития воспитания детей, приведет к снижению роста негативных явлений в детской и подростковой среде, будет способствовать духовно- нравственному оздоровлению социума.

Результаты эффективности программы могут быть оценены и при позитивных изменениях в социально-психологических и динамических параметрах группы путем проведения анкетирования и тестирования с использованием психологических тестов и методов:

- метод социометрии применяется для диагностики межличностных и межгрупповых отношений в целях их изменения, улучшения и совершенствования. С помощью социометрии можно изучать типологию социального поведения людей в условиях групповой деятельности, судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп.

-методика Т. Лири предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном "Я", а также для изучения взаимоотношений в малых группах. С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке. При исследовании межличностных отношений, социальных аттитюдов наиболее часто выделяются два фактора: доминирование-подчинение и дружелюбие-агрессивность. Именно эти факторы определяют общее впечатление о человеке в процессах межличностного восприятия.

- методика определения индекса групповой сплоченности Сिशора. Групповая сплоченность чрезвычайно важный параметр, показывающий степень интеграции группы, ее сплоченность в единое целое.

-опросник аффилиации А. Мехрабиана. Под аффилиацией понимается потребность человека в установлении, сохранении и упрочении добрых отношений с людьми. Индивид, обладающий этой потребностью, не только постоянно стремится к людям и испытывает удовлетворение от эмоционально положительного общения с ними, но в

человеческих отношениях видит один из главных смыслов жизни. Иногда эта потребность становится для человека настолько значимой, что перевешивает остальные.

Ожидаемые позитивные изменения в группе подростков:

- Ответственность – участники становятся более ответственны по отношению к работе в группе, принятию целей, задач и правил группы.
- Сплоченность – способность достигать компромисса в решениях сложных, конфликтных ситуациях; единства мнений группы по важным вопросам, единства решений общих проблем.
- Открытость – доверие и позитивное отношение к другим участникам группы. Организованность – умение налаживать сотрудничество, распределять обязанности так, чтобы добиться наибольшей эффективности в групповом процессе, готовность к изменениям.
- Контактность - взаимный интерес, общительность, позитивные взаимоотношения внутри группы, конструктивное решение конфликтных ситуаций.
- Информированность – доступность наиболее важной информации о состоянии дел группы и участников.

7. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. – М., 1993. – 400 с.
2. Арбузова В.Н., Авдеева И.Н., Таныгина Г.Б., малинка Г.Л. Медико-социальные аспекты коррекции пограничных нервно-психических расстройств у учащихся школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Охрана здоровья детей и подростков. Киев, 1990. – Выпуск 21. – С.14-17.
3. Василевский В.Г. Агрессивное поведение как вид делинквентности детей и подростков / Социальные дезадапционные нарушения у детей и подростков. Мат. Российской научно-практической конф. - М., 1986. -С. 45-47.
4. Вострокнутов Н.В. Типология делинквентного поведения детей и подростков: социально-средовые, эмоционально-личностные и психопатологические факторы риска // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. - М., 1996. - С. 21-29.
5. Горьковая И.А. Психологические особенности подростков-делинквентов, родители которых лишены родительских прав // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. -1994. - №4.-С. 23-31.
6. Горохов В.И. Условия возникновения и прогноз психических заболеваний, начавшихся в детском и подростковом возрасте. // Эпидемиология нервных и психических заболеваний. – 1979, с.141-143.
7. Кантонистова Н.С. особенности формирования личности у подростков и их связь с состоянием психического здоровья. // Здоровье, развитие, личность / Под ред. Г.Н. Сердюковской, Д.Н. Крылова, У.Кляйнпетер. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.
8. Можгинский Ю.Б. Значение эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте для прогноза различных вариантов отклоняющегося поведения / Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Мат. Всеросс. конф. -М., 1995.-76-77 с.
- 9.Новикова Г.Р., Вострокнутов Н. В., Шалимов В.Ф. Медико-психолого-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида // Психологическая наука и образование. 2007. №2. – С. 73 - 82
10. Шумаков В.М., Скобло Г.В., Сокольская Т.М. Факторы риска и проблема ранней профилактики патологических нарушений поведения у детей и подростков. // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. – Л. ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1986. –
- 11.Шмакова О.П. Школьная несостоятельность детей и подростков, страдающих психическими расстройствами (распространенность, проявления, динамика) // Психиатрия. 2003. № 5.64-166.

IV. ПРИЛОЖЕНИЕ

1. МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ.

Технология проведения социально-психологического тренинга с подростками, страдающими пограничными психическими расстройствами

1-й этап. Формирование группы. Этот этап включал три основных компонента: подбор участников, диагностика; знакомство членов группы, выработка правил совместного взаимодействия; дискуссия, обсуждение ее результатов.

В условиях реабилитационного центра не всегда удается соблюсти общепринятые правила подбора участников группы. Например, было трудно избежать участия подростков с сильной акцентуацией характера или достаточно близко знакомых, имеющих между собой затяжные конфликты.

Знакомство как обязательная процедура СПТ проводится всегда, невзирая на то, что участники группы знали друг друга. Каждому предлагалось придумать для себя псевдоним, а затем назвать свои наиболее очевидные сильные и слабые черты характера, рассказать о своих увлечениях, сформулировать, чего он ждет от тренинга. Правильно организованное знакомство участников тренинга во многом влияет на его дальнейший ход и результаты. Цель процедуры знакомства была достигнута, если у участников появится заинтересованность, возникнет стремление узнать, что будет дальше. Именно эта процедура дает импульс для формирования у детей установки на взаимопонимание.

Для повышения эффективности тренинга, а также с целью формирования у его участников навыков саморегуляции, контроля, тренировки волевой сферы в группе вводятся правила работы и поведения. Эти правила после короткого обсуждения записываются на доске или листе ватмана, с тем, чтобы они все время были в поле зрения группы.

Например:

- каждый несет ответственность за результаты работы группы, и его активность необходима не только ему самому для решения собственных проблем, но и другим участникам;
- важно постоянное участие каждого в ходе тренинга;
- содержание работы группы строго конфиденциально и поэтому известно только ее членам;
- каждый член группы откровенен и искренен - сообщает (если сообщает) только достоверные сведения;
- каждый имеет право на поддержку, помощь группы;
- группа дает возможность высказаться каждому и слушает говорящего, не перебивая;
- каждый высказывается только от своего имени и о том, что происходит "здесь" и "теперь";
- о присутствующих в третьем лице не говорят.

Дискуссия это есть собственно начало групповой работы. Тема ее называлась ведущим или предлагалась группой. Воспитанники социально-реабилитационного центра редко становятся авторами темы дискуссии, ибо в силу недостаточной общей осведомленности, связанной с условиями жизни в семье, длительных перерывов в обучении в школе, неразвитого социального интеллекта еще не готовы к этому.

Для развития у подростков навыков, помогающих снять разногласия, противоречия, а также умения продуктивно участвовать в коллективном обсуждении проблем используются игры типа "Пустыня", "Кораблекрушение", "Необитаемый остров".

Для ведущего проведенная дискуссия является серьезным диагностическим материалом и основой для обсуждения следующих важных для группы и отдельных ее участников вопросов: что мешает, а что помогает достижению согласия между членами группы?

Какая эмоциональная атмосфера сложится во время обсуждения, кто на нее влияет и как? Как следует бы построить дискуссию, чтобы она стала более результативной? Последний, итоговый вопрос ориентирован на то, чтобы каждый участник сумел определить способы совершенствования собственного стиля поведения в ситуациях, связанных с выработкой групповых решений.

Каждая процедура первого этапа тренинга предваряется разминкой. Например, после "знакомства" перед "дискуссией" проводится разминка, назначение которой - снятие усталости, напряжения, создание доброжелательной атмосферы, сплочение группы.

2-й этап. Тренинг понимания. Опыт жизни, предшествующей пребыванию в центре, как правило, лишает детей возможности овладеть такими индивидуальными способами общения, которые помогают быть правильно понятым другими людьми. Психологический тренинг взаимовосприятия и понимания позволяет в игровой форме воспроизвести необходимый опыт общения и создает условия для интенсификации времени овладения этим опытом.

На втором этапе используются упражнения и игры в следующей последовательности:

- Упражнения, связанные с наблюдательностью и вниманием.
- Упражнения, связанные с умением сосредоточиться
- Упражнения на взаимное понимание
- Игры, проясняющие взаимные представления детей друг о друге.

3-й этап. Тренинг убеждающего воздействия. Проблема убеждающего воздействия особенно актуальна для детей с девиантным поведением, у которых значительное число контактов как со сверстниками, так и со взрослыми заканчивается конфликтами. Чаще всего им не удается склонить партнера по общению к своей точке зрения, и в то же время они не способны принять его точку зрения. Уметь убедить в чем - то собеседника, группу людей или самого себя означает сделать свою жизнь легче, а отношения с окружающими более гармоничными.

Заканчивается тренинг с подростками отработкой навыков и моделей будущего поведения. Для этого чаще всего используются следующие ситуации: как уговорить подругу (друга) оказать тебе небольшую услугу; как поладить с "придирающимся" к тебе учителем, воспитателем; как вести себя на дискотеке; как реагировать на насмешки сверстников.

Психокоррекционная работа на начальных этапах строится как игра, сочетающая в себе одновременно индивидуальные и групповые формы взаимодействия. Групповые формы используются на начальном этапе в целях адаптации к ситуации и для общей психоэмоциональной разрядки. Групповая терапия носит ограниченный характер в виду того, что в группе начинают доминировать негативные лидеры, наиболее агрессивные дети. Их стремление к самоутверждению через силу, делает конструктивную работу в группе достаточно сложной.

Наиболее важным этапом является последующая индивидуальная психотерапевтическая работа. В процессе индивидуального психотерапевтического подхода дети начинают вести себя мягче, спокойнее. Исчезает внутренняя конфронтация, стремление через активную агрессию утвердить свое "Я" и не воспринимать мир взрослых.

Тренинги для подростков

Введение. (30 мин).

Следует игра-разминка, например: участники становятся в круг, перебрасывая мяч друг другу, они называют собственное имя и говорят комплимент участнику, которому бросают мяч. Игра должна проходить в быстром темпе, все участники должны быстро представиться. Затем их имена будут вписаны на таблички.

Следуют несколько подвижных упражнений, по которым тренер оценивает готовность группы к работе, ее активность. Группа располагается вдоль стены, дается команда: "Вы - стрелка измерительного прибора. Эта стена - нулевая отметка, противоположная стена - максимальная. Сделайте столько шагов к противоположной стене, насколько вы оцениваете свою работоспособность (хорошее настроение, усталость, готовность сотрудничать, сонливость и т.д.)". Участники располагаются по комнате, тренер отмечает наиболее активных и наиболее пассивных игроков, игроков не уверенных в своих силах. Упражнение повторяется несколько раз, измеряются различные параметры. В идеале помощники регистрируют показатели каждого игрока, чтобы сравнить их с таковыми в ходе и в конце тренингового занятия.

Ведущий представляет тему тренинга, обозначает проблему, кратко рассказывает, что будет происходить в ходе тренингового занятия.

Знакомство в группе. (30 мин)

Все участники, включая ведущего, располагаются по кругу. Ведущий рассказывает о себе, своей профессиональной деятельности и личных ожиданиях от тренинга, просит участников представиться так, как они хотели бы называть себя во время тренинга (для простоты запоминания легче сделать бейджики для всех участников в которые вписываются их имена).

Принятие правил работы. (10 мин)

Ведущий кратко объявляет правила работы и объясняет их значение. Правила таковы: (1) говорящего может прервать только ведущий, никто из участников не перебивает говорящего товарища; (2) желающий высказаться поднимает руку и отвечает, когда ему позволяет ведущий; (3) критикуя - предлагай; (4) не давать оценок другим участникам; (5) вся личная информация, сообщенная на тренинге является закрытой. По желанию и с учетом специфики группы, можно предложить дополнительные правила.

Оценка усталости (15 мин)

Все участники выстраиваются вдоль стены и должны сделать столько шагов до следующей стены, насколько они устали. Следующая стена - максимум усталости.

Занятие первое

Занятия проводятся в уютном помещении, относительно изолированном от внешних раздражителей, не напоминающем обстановку класса или школьного кабинета. Ребенку предлагают сесть в уютное кресло и чувствовать себя непринужденно. После 10-15 минутного знакомства - разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях, приступают занятию.

Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2-4 минут. Затем дается вводная типа: "теперь попробуем проверить, как ты умеешь рассказывать истории, фантазировать".

Предлагается первый сюжет: "Прошу тебя представить какое-нибудь открытое место - поле, луг или поляну"; "ты можешь представлять это с открытыми или с закрытыми глазами, как тебе удобнее". После короткой паузы специалист спрашивает у ребенка, что ему удалось представить. Дети легко выполняют просьбу, воображая предлагаемый сюжет. В дальнейшем ведущий задает наводящие вопросы, как бы подталкивая цепь воображаемых представлений ребенка, не давая наводящей информации. Все вопросы должны быть общими, не конкретными: например, если ребенок сказал, что он представил себе луг, следует попросить описать его подробно, что он там видит, помогая ему репликами типа "так...", "что еще?...", "что впереди?...", "по бокам?...", "сзади?...", "размеры?...", "какое время года?...", "какое у тебя настроение?...". Не следует индуцировать ответы ребенка вопросами типа: "есть ли где-то лес...", "трава под ногами зеленая?...", "много ли цветов на лугу?..", то есть постараться обеспечить максимальную спонтанность ответов. Если ассоциации ребенка "уводят" его от предлагаемой фабулы, например: "я вошел с луга в лес, поискать грибов", следует ненавязчиво вернуть его к теме поля, луга. Ребенку предлагается полная свобода поведения на этом лугу; его просят рассказать о том, что он бы стал там делать - "загорать", "рвать цветы", "бегать" и т.д.

Первые занятия такого типа продолжаются 10-15 минут, в дальнейшем их можно увеличить до 20 минут. Занятие заканчивается пятиминутной беседой о самочувствии, настроении, планах.

Сюжет поля, луга является базовым, символически отражающим "поле жизни", некое пространство индивидуального существования.

В норме здоровые люди, в том числе и дети, представляют зеленый луг или поле в середине лета, с яркими цветами в солнечный день. Пространство может быть обширным, до горизонта (что может указывать на высокий уровень притязаний), или ограниченное лесом, горами, забором и т.п. Сюжет поля (как любой другой) причудливо сочетает в себе желания и мечты: радость, безмятежность, безоблачность существования, что даруется пышной зеленью, цветами, ярким солнцем.

Состояние хронического стресса, тенденции к тревоге, депрессия четко отражаются на воображаемых представлениях уже на первых занятиях. Так, дети из неблагополучных семей, живущие в обстановке напряжения и страха, часто ясно "видят", что "торчат острые колючки", "трава выгорела". Один ребенок сказал даже так: "поле зеленое, но идти по нему страшно - это болото".

Занятие второе

Ведущим сюжетом является представление ручья. Часто дети сами говорят, что на краю поля, луга "видят" ручей. Если этого не происходит, ведущий предлагает вопрос: "а нет ли на твоём лугу, где-то в стороне, маленького ручья?..", на что дети откликаются новой цепочкой ассоциаций. Как и в сюжете "поле", ведущий направляет воображение ребенка репликами: "какой ручей?..", "глубина?..", "вода?..", "что там еще?.." и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить ее, спрашивая при этом какие ощущения он испытывает. Обычно дети быстро погружаются в образ, а некоторые столь ярко его переживают, что подносят ладошку с "водой" ко рту, "пьют" ее, делая глотательные движения. Можно предложить ребенку пойти вдоль ручья - вверх или вниз; сделать определенный выбор, что в психотерапевтической традиции трактуется как возвращение к материнскому началу (воображаемое движение к истокам или стремление к слиянию). Сюжет ручья, воды является не только важным вводным упражнением, но и может давать значительный информационно-диагностический материал. Так, если ручей представляется пересохшим,

или мутным, это может указывать на серьезные проблемы во взаимоотношениях раннего детства, связанных с недостатком любви, защищенности.

Занятие третье

Сюжет некоего существа, выходящего из леса или пещеры. Данный сюжет в психоаналитической трактовке Х.К. Лейнера есть отражение бессознательных страхов и желаний, корнями своими уходящих в период раннего детства.

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. Затем ребенка просят "осмотреться" по сторонам, спрашивая, что впереди, слева, справа, сзади: луг или гора. Ребенка просят "вглядеться" с некоторого расстояния в картину леса и горы, описать ее (картину) в подробностях, а затем представить себе, что кто-то наблюдает за ним из глубины леса или из темной пещеры. Затем следует попросить ребенка вообразить, что этот наблюдающий выходит из закрытого пространства и приближается к нему. Обычно дети представляют существо из леса в виде животного - зайца, волка и другого, более или менее агрессивного и опасного. В психоаналитической традиции существо, выходящее из лесу (пещеры), если оно имеет угрожающий характер, отражает уровень агрессии или эмоционального напряжения, связанного субъективным неблагополучием в микросоциуме.

Традиционной психотерапевтической тактикой в этом случае считается следующий прием: опасное существо необходимо умиловить. Если это зверь, "покормить его вкусной едой", затем подойти к нему с добром и успокоить, погладить. Если это агрессивный человек или какой-либо монстр, попытаться с ним "договориться", "выяснить", почему он злобен, и затем, поняв его, подружиться.

С этой целью символика дальнейших представлений включает в себя образы активной борьбы и победы над злом.

Занятие четвертое

После короткого вводного представления поля, луга попросить ребенка "увидеть" на этом поле, где-то вдали, маленькую фигурку человечка или какого-либо иного существа. В очень редких случаях это ребенку не удастся и тогда возможно дополнить спонтанное воображение внушением типа: "вглядишь, вон там, вдали, на линии горизонта, человечек; посмотри, видно голову, руки..." и т.д. В целом внушение того или иного образа нежелательно, всегда следует создавать только условия, подталкивающие ребенка к спонтанному фантазированию. В данном случае представление человечка, символически выражающего внутреннее "я" ребенка, его собственный собирательный образ, вынесенный вовне, иногда встречает внутреннее сопротивление. В традиции психоанализа считается, что это связано с негативным и аутоагрессивным самовосприятием, бессознательным нежеланием смотреть правде в глаза в отношении самого себя, по-детски понимая всю пагубность своего пристрастия. Тем не менее, этот барьер сравнительно легко преодолим, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему "человечка", следует попросить ребенка руководить этой фигуркой: дать команду ему (воображаемому существу) поднять правую руку, опустить, затем левую, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Интересно, что воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Отчасти это происходит спонтанно; отчасти ведущий может ускорять его вводными фразами типа: "присмотрись, кажется, он сильный,

богатырь какого-то красного цвета, или загорелый...". Следует отметить, что для многих мальчиков идеальным воплощением мечты являются герои боевиков, мускулистые, неуязвимые, выходящие победителями из любой переделки - и одновременно эти герои не являются наркоманами. Дети легко "примеряют" к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности. Герои кинофильмов хорошо "вписываются" в детскую психологию токсикоманов с ее культом силы, желанием найти отдушину в тяжелой жизненной ситуации. У других детей, обычно младшего возраста, таким героическим образом является, например, робот из мультфильмов - железный, могучий, неуязвимый. Следует признать, что герои отечественных мультфильмов редко являются выразителями бессознательных желаний и тенденций ребят-токсикоманов, притом том, что это, как правило, действительно добрые, не агрессивные и умные мультфильмы. Возможно, это связано с тем, что в своем большинстве дети с депривацией происходят из неблагополучных семей. Они рано приобщаются к жестокому миру взрослых, часто бывают циничными, озлобленными, недоверчивыми и преждевременно теряют радостное мировосприятие мира.

Занятие пятое

Занятие посвящено формированию в сознании ребенка двух альтернативных образов, несущих сильное и доброе, и, наоборот, злое начало. На уже знакомом поле ребенка просят представить образ силы в виде богатыря, могучего и уверенного, который подчиняется командам "героя". Ребенка просят в деталях описать его. Затем просят вообразить врага, который представлялся ранее.

2-3 минуты ребенка просят "видеть" позитивный образ, затем 2-3 минуты - негативный, с тем, чтобы ребенок четко ощутил их различие (некоторые дети переживают альтернативные образы достаточно эмоционально и ярко). Так повторяется в течение занятия несколько раз. Процесс перехода от позитива к негативу и, наоборот, при условии яркого детского воображения, достаточно болезнен и утомителен. Поэтому после пятнадцати или двадцати минутного занятия, следует 10-15 минут спокойно поговорить с ребенком, переключив его внимание на приятные для него темы, его интересы, вводя в беседу элементы релаксации, используя базовые фразы для комментария типа: "как это легко и спокойно...", "наверное, это приятно и навеивает успокоение...", всячески при этом своей позой и интонациями "подстраивая" ребенка в направлении расслабления. Данное занятие проходит не всегда гладко, поэтому в следующую встречу его можно повторить, варьируя различные нюансы образов.

Занятие шестое

К шестому занятию дети легко могут включаться в воображаемую ситуацию. Фабула занятия представляет собой проигрывание воображаемого боя позитивного и негативного начал в ребенке. Этот "бой" может происходить спонтанно или под влиянием определенного наведения. Как уже отмечалось, оба образа должны представляться ребенку максимально конкретными. Позитивный - сильный, крепкий, любимый ребенком, обычно кинематографический борец со злом и соответствующей атрибутикой (мускулы, смелость, независимость, красивая внешность и т.п.); негативный выступает в виде злодея, вампира, страшного гадкого паука, окрашенный в черные краски. Ребенку предлагается воспроизвести указанные образы и смоделировать воображаемый бой, с ударами, использованием оружия и конечным уничтожением врага. Увлеченные своей фантазией, дети постоянно отождествляют себя с положительным героем и уже как бы сами борются со злым началом. Роль ведущего остается прежней - ненавязчиво направлять цепочку визуальных ассоциаций ребенка, предоставляя ему полную возможность излагать, рассказывать свою сказку. Сюжет боя не обязательно сразу

заканчивается победой. Иногда дети говорят, что они устали, или отвлекаются на какие-то другие сюжеты. Не следует на данном занятии настаивать на продолжении боя. Проигрывание сюжета битвы переносится на другое занятие и, как правило, бывает более победоносным. Сюжет "бой" повторяется несколько раз до безусловного ощущения победы, когда после занятия дети испытывают чувство подъема, радости, силы.

Шесть занятий - это тот минимум, который предусматривает психотерапевтическая часть психокоррекционной программы. На практике обычно проводится 7-8 занятий, редко больше. У некоторых детей с ярким воображением удается добиться хороших результатов поведения за 2-4 занятия.

Паспорт программы «ШАНС»

(Программа медико-социальной реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами)

Наименования учреждения с указанием территориальной принадлежности	казенное учреждение Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Берегиня» Российская Федерация, 628250, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, Советский район, городское поселение
--	---

	Пионерский, улица Заводская, дом 2
Наименование программы	Программа медико-социальной реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами «Шанс».
Ф.И.О.автора (ов)/составителя(ей)с указанием должности	Аникина Елена Геннадиевна, заместитель директора, Некрасов Иван Константинович, заведующий детско-подростковым психоневрологическим отделением Советского психоневрологического диспансера
Должностное лицо, утвердившее программу, дата утверждения	Директор, Емелина Татьяна Анатольевна? 15.12.202г.
Направление защиты прав детей (на защиту каких прав детей направлена программа)	Несовершеннолетние, страдающие пограничными психическими расстройствами
Инновационность программы (аргументация)	<p>В структуре заболеваемости воспитанников социозащитных учреждений, на первом месте стоят нервно-психические заболевания. Анализ самовольных уходов и совершенных правонарушений воспитанниками социозащитных учреждений, показывает, что 98% самовольных уходов и 90% правонарушений совершены несовершеннолетними страдающими психическими расстройствами. Для коррекции стойких поведенческих расстройств, которые в большинстве случаев не сопровождаются глубокой степенью умственной отсталости, необходимы специальные реабилитационные подходы. Принятый в 1999 году Федеральный закон "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" указывает на необходимость организации для детей с нарушениями психического развития и поведения специальных учреждений открытого типа.</p> <p>Эра психофармакологии значительно изменила не только структуру психических болезней, психические заболевания стали протекать с меньшей остротой, значительно уменьшилось число социально-опасных больных. Часто подросток по состоянию не нуждается в стационарном лечении в психиатрическую больницу, а амбулаторная помощь не обеспечивает многодневного динамического наблюдения и возможность оперативного комплексного лечения. Такое положение вызвало развитие так</p>

называемых промежуточных звеньев - дневных стационаров, которые в практике лечения взрослых больных показали большую эффективность.

Известно, что основной массе детей и подростков, страдающих психическими расстройствами данного контингента после полноценного стационарного лечения, которое как правило длительное (от 1 до 4 месяцев), не удается сразу вернуться в школу, так как они не всегда могут войти в ритм школьных занятий, что усугубляет школьную дезадаптацию. Кроме того, в стационарных отделениях психиатрических больниц не проводится необходимая социально-психолого-педагогическая реабилитация детей и подростков, что препятствует их социализации и ресоциализации. У подростков, с которыми не проводится реабилитация, могут развиваться состояния постоянной тревожности, страховые реакции, чувство неполноценности и др., что нередко приводит к более серьезным расстройствам психики. Условия Крайнего Севера имеют свои особенности: отдаленность территорий, низкая плотность населения в населенных пунктах, высокий уровень заболеваний пограничными психическими расстройствами среди подростков. Данные факторы не позволяют применить опыт других областей по организации дневных психиатрических стационаров для детей школьного возраста на базе общеобразовательных школ. В связи с чем, для проведения активной реабилитационной и психопрофилактической работы с детьми и подростками страдающими психическими расстройствами, возникла необходимость создания на базе отделения социальной реабилитации группы, специализирующейся на комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации подростков после выписки из Советского психоневрологического диспансера. Деятельность отделения имеет также психопрофилактический характер и позволяет предупреждать возникновение невротических и личностных расстройств, путем внедрения в практику реабилитации адаптированных для детей данного

	<p>контингента новых форм и методов работы, описанных в программе.</p> <p>Приобретенные детьми и подростками в ходе реабилитационных мероприятий социально важные навыки, такие как, навыки разрешения конфликтных ситуаций, конструктивного общения с окружающими и друг с другом, помогут повысить их уровень адаптации в обществе и качество их жизни.</p>
Целевая группа	Несовершеннолетние в возрасте с 13 -17 лет, страдающие пограничными психическими расстройствами и нуждающиеся в противорецидивной и восстановительной реабилитации.
Цель программы	Объединение различных направлений социальной, психолого-педагогической и медицинской реабилитации в единое реабилитационное пространство.
Сроки реализации	1 этап (организационный) – декабрь 2012г 2 этап (практический) - январь-июнь 2013г 3 этап (аналитический) – июль 2013