



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Психолого-педагогическая коррекция антивиталяного поведения
воспитанников детского дома**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность программы бакалавриата
«Психологическое консультирование»
Форма обучения очная**

Проверка на объем заимствований:

66,94 % авторского текста

Работа рекомендована к защите

рекомендована/не рекомендована

«14» 06 2022г.

зав. кафедрой теоретической и

прикладной психологии

Кондратьева Ольга Александровна

Выполнила:

Студентка группы ОФ-410/227-4-1

Перепелицина Ирина Юрьевна

Научный руководитель:

доцент, к.псх.н.,

Шаяхметова Валерия Каусаровна

Челябинск

2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА.....	7
1.1 Проблема антивитального поведения в психолого-педагогических исследованиях.....	7
1.2 Особенности проявления антивитального поведения у воспитанников детского дома.....	15
1.3 Модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.....	23
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА.....	31
2.1 Этапы, методы, методики исследования.....	31
2.2 Характеристика выборки и анализ результатов констатирующего эксперимента.....	38
ГЛАВА 3. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА.....	47
3.1 Программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.....	47
3.2 Анализ результатов формирующего эксперимента.....	51
3.3 Психолого-педагогические рекомендации по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома.....	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	66
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	71

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Методики психологической диагностики антивитального поведения	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Результаты констатирующего исследования.....	91
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Результаты опытно-экспериментального исследования психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.....	104

ВВЕДЕНИЕ

Антивита́льное поведение представляет собой поведение человека, которое направлено на лишение человека его жизненных потребностей. Данное поведение можно иметь как пассивный характер, который проявляется в размышлении о жизни и суициде, так и более активный характер, который несёт в себе осуществление действий, напрямую связанные с суицидом [12, с. 65]. Опасным является активная форма антивита́льного поведения, по причине того, что антивита́льное поведение данной формы может трансформироваться в суицидальное, то есть, человек может покончить жизнь самоубийством.

На сегодняшний день, многие исследователи, посвятившие свои труды изучению психологической характеристики детей, попавших в детские дома, пришли к выводу, что данной категории детей присуще состояние, которое является неблагоприятным для развития психологических функций данных детей, даже, при удовлетворении физиологических потребностей данных детей. По этой причине, тема, касающаяся антивита́льного поведения детей из детского дома, на сегодняшний день, является достаточно актуальной.

Явления нанесения сапомовреждений (чаще всего порезы) подростками стали так распространены, что некоторые новые исследования относят их к нормальному поведению, т.е. не обусловленному какой-либо психологической патологией.

А ведь еще несколько лет назад, такое поведение было почти не распространено, так что никому и в голову не могло прийти, что это можно назвать нормой.

Несмотря на то, что изучению антивита́льного поведения посвящены много исследований, остаётся до сих пор значимым вопрос о том, одинаковы ли антивита́льные переживания у девушек и юношей, а также актуально изучение сдерживающих факторов. Важно установить с чем

именно связано то, что сдерживающие факторы дезактуализируются или вовсе не сформированы в современной реальности.

Антивитальная направленность поведения в молодом возрасте характеризуется таким условием, как бифуркация в реорганизации «психологического поля» личности. Такая направленность поведения потенциально может приводить к парасуицидальной или суицидальной активности и тесно связана с нарушениями когнитивной регуляции аффекта как фундаментального комплексного механизма овладения поведением, надситуативного реагирования с учетом отдаленных последствий (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, И.А. Кудрявцев, К. Левин, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, А.Р. Лурия) [1—5].

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность программы психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

Объект исследования – антивитальное поведение воспитанников детского дома.

Предмет исследования – психолого-педагогическая коррекция антивитального поведения воспитанников детского дома.

Гипотеза исследования: уровень склонности к антивитальному поведению воспитанников детского дома, возможно, изменится, если разработать и реализовать программу психолого-педагогической коррекции.

Задачи исследования:

1. Изучить проблему антивитального поведения в психолого-педагогических исследованиях.
2. Рассмотреть особенности проявления антивитального поведения воспитанников детского дома.
3. Теоретически обосновать модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.
4. Определить этапы, методы, методики исследования.

5. Дать характеристику выборки и провести анализ результатов констатирующего эксперимента.

6. Разработать и реализовать программу психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

7. Провести анализ результатов формирующего эксперимента.

8. Предложить психолого-педагогические рекомендации по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома.

В ходе эксперимента использовались следующие методы исследования.

1. Теоретические: анализ, синтез, обобщение, моделирование, целеполагание.

2. Эмпирические: эксперимент (констатирующий и формирующий), тестирование и опрос по методикам О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева.

3. Метод математической статистики: Т-критерий Вилкоксона.

База исследования: МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск, воспитанники в количестве 20 человек.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты, программа психолого-педагогической коррекции и рекомендации по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома могут быть использованы психологами в практике работы в учебных заведениях и детских домах.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

1.1 Проблема антивитального поведения в психолого-педагогических исследованиях

Антивитальное поведение является поведением человека, которое направлено против его биологических потребностей. К антивитальному поведению могут быть отнесены непреднамеренные размышления или мысли, которые представляют риск для здоровья человека, которые не приводят к суициду [12, с. 65].

Антивитальное поведение может нести в себе опасность по причине того, что такое поведение может перерасти в суицидальное поведение. Антивитальное поведение может быть настолько сильным, что у человека возникают мысли о смерти, которые он потом приводит в действие, тем самым человек рано лишает себя жизни [4, с. 43].

Теоретические конструкции, касающиеся человеческой витальности, или жизненной энергии, давно находятся в центре внимания различных философских и психологических школ. Одной из самых ранних теорий, связывающих жизненную энергию и психическое здоровье, является теория психоанализа Зигмунд Фрейд, согласно которой каждый человек обладает ограниченным запасом психической энергии [65, с. 77].

Понятие энергии и жизненной силы интересовало и представителей практической медицины. Например, Селье в разработанной им теории стресса предположил, что люди обладают ограниченным количеством адаптивной энергии, необходимой для поддержания здоровья. Он считал, что люди используют эту энергию, сталкиваясь с различными стрессовыми факторами, и что она представляет собой важнейший фактор стрессоустойчивости и адаптивности организма.

Истоки антивитального поведения находятся в раннем и дошкольном детстве.

Ряд факторов может способствовать росту антивитальных установок у подростков [59, с.28]:

- социальные: воспитание в неблагополучной семье, завышенные требования в обеспеченных семьях, тяжелое материальное положение, физическое, психологическое и финансовое насилие в семье, самоубийства в семье, отсутствие родителя, отчима, частая смена места жительства или места учебы;

- психологические: проблемы с психическим здоровьем, такие как раздражительность, гиперэкспрессивность, низкая самооценка, употребление психоактивных веществ, соматические заболевания, ограниченные возможности здоровья или инвалидность;

- поведенческие: разрушение межличностных отношений, сужение круга общения, потеря позиции в группе, неспособность интегрироваться в группу, потеря интереса к окружающему миру;

- ситуационные: неудачи в личной жизни, ссоры, частые конфликты, травля (в том числе в социальных сетях), нестабильная семейная ситуация или трудная жизненная ситуация.

Антивитальные действия могут быть и хроническими (например, самоповреждение), когда другие средства опосредования негативных эмоций и регуляции психической деятельности недоступны или не сформированы, что наносит ущерб здоровью и создает риск для жизни [5, с.62].

Признаки антивитального поведения:

- внутренние суицидальные мысли, замыслы, намерения;
- разговоры о смерти;
- намеки на их намерения;
- черный юмор на тему самоубийства;
- интерес к вопросам смерти [10, с. 77].

Учёные выделяют три этапа подросткового возраста: ранний (12-14 лет), средний (15-16 лет) и старший (17-18 лет). На каждом из данных этапов имеются свои особенности формирования, а также проявления суицидального и антивиталяного поведения, которые имеют связь с особенностями развития личности, с его физиологией, психологией и личностным развитием.

Младшие подростки, как правило, заранее не планируют свой суицид. Если они решают покончить жизнь самоубийством, то делают это первым средством, которое им попадает под руку. Делают они это, как правило, в ситуациях угрозы получить наказание. Если рассматривать с психологической стороны данные попытки суицида, то можно отметить, что у подростков данной группы, таким попыткам самоубийства не присущи какие-либо серьёзные медицинские последствия. Младшие подростки не стремятся к смерти по-настоящему, они всего лишь пытаются уйти от наказания, избежать какого-то конфликта и т.д. [1, с. 79].

В группе среднего подросткового возраста суицидальные тенденции характеризуются демонстративным самоповреждением, попытками отомстить обидчику, наказать других. Попытки самоубийства часто происходят в состоянии эмоционального напряжения, в кульминационный момент конфликта, и медицинские последствия этих попыток часто бывают тяжелыми. Подростки среднего возраста более раздражительные, могут часто обижаться по пустякам, они эмоционально неустойчивые, у подростка может наблюдаться жажда чувственных (сенсорных) переживаний в сочетании с бедностью интересов, ограниченностью перспектив, неадекватной реакцией на различные ситуации обмана, крушения надежд, неудач. Эти подростки еще неустойчивы к стрессу и практически не обладают способностью к самоконтролю [18, с. 54].

Чем моложе возраст, тем более агрессивная направленность выявляется в психологической структуре суицидального поведения. В

описанных типах 1-4 агрессивный компонент уменьшается. По мнению большинства исследователей, наиболее склонными к самоубийству являются те семьи, которые внешне благополучны, но имеют скрытые конфликты внутри [52, с. 89].

Основными причинами, побуждающими подростков к суицидальному поведению, являются:

- 1) чувство вины, самонаказание за нежелательное поведение;
- 2) повторение поведения суицидального родителя;
- 3) жестокое обращение с детьми в семье;
- 4) неспособность принять потерю одного из родителей (смерть, развод);
- 5) непринятие нового родителя, семьи;
- 6) акт мести (против родителей, сверстников, учителей);
- 7) избежание унижений, преследований или издевательств;
- 8) низкая самооценка детей и отсутствие самопринятия [63, с. 61].

Существуют различные признаки, с помощью которых можно диагностировать у подростка антивитальное поведение. Рассмотрим ниже наиболее важные из них:

1. Уход подростка в себя. Бывают моменты, когда подросток может захотеть побыть наедине сам с собой. Это может быть, как нормальным поведением, так и быть «звоночком» для переживаний. Если одиночество затянулось на продолжительное время, то окружающим необходимо задуматься. Подростки, имеющие склонности к самоубийству, могут часто замыкаться в себе, они перестают общаться с окружающими, стараются избегать встреч и общения с друзьями и родственниками, на протяжении долгого времени могут сидеть в одиночестве в своей комнате и ни с кем не идти на контакт. Они включают музыку и уходят в себя, отключаются от жизни [59, с. 29].

2. Смена настроения на более капризное. Каждый человек иногда может быть капризным. Это может возникнуть в результате плохой

погоды, из-за плохого самочувствия, усталости, личными проблемами. Но, если у человека изо дня в день наблюдаются капризы в поведении, он возбуждён или же наоборот впадает в состояние уныния, то это является тревожным поводом. Учёные доказали, что такая смена настроения и постоянные капризы - предвестники смерти [59, с. 30].

3. Состояние депрессии. Депрессия у подростков может проявляться по-разному: некоторые из них уходят в себя, другие отстраняются от окружающих. Но все они очень хорошо умеют маскировать своё депрессивное состояние, что родственники и друзья не сразу могут заметить, что у подростка изменилось поведение. Самым лучшим выходом, и, скорее всего, единственным, является вывести подростка на откровенный разговор. Необходимо поговорить открыто с подростком о том, что его тревожит, из-за чего он впадает в депрессию, постараться оказать ему помощь.

4. Агрессия. Учёные доказали, что перед тем, как покончить жизнь самоубийством, многие «суицидники» бывают агрессивны, раздражительны, конфликтуют с кем-то, могут быть жестокими по отношению к кому-то. Такое поведение – это крик о помощи. Человек своим поведением старается показать окружающим, что ему нужна помощь, что он в ней нуждается. Однако, такое его поведение, наоборот, воспринимается обществом не как крик о помощи, а отдаляет их от такого человека. Вместо того, чтобы понять суицидента, окружающие наоборот начинают его осуждать, тем самым ещё больше подталкивают человека к совершению самоубийства. Он, человек, который в трудную минуту не нашёл понимая в глазах окружающих, который не смог найти помощи у них, идёт на самый страшный шаг.

5. Саморазрушающее и рискованное поведение. Некоторые из подростков, у которых имеются склонности к самоубийству, зачастую могут причинять себе какой-либо вред (могут резать вены, глотать таблетки, прыгать с моста, ходить по крышам дома и т.д.) [59, с. 29].

6. Потеря чувства собственного достоинства. Подростки, у которых низкая самооценка, ощущают себя ненужными, никчёмными, они считают, что ничего не умеют, делают всё неправильно, чувствуют себя обузой для родителей. Им кажется, что они неудачники и что у них ничего в жизни не получится, что они не смогут ничего добиться в жизни, что их никто не любит и никогда не будет любить. Из-за всего этого к ним часто приходит мысль о том, что лучше бы им вовсе умереть, чтоб не жить так, не позорить семью и т.д.

7. Изменение в аппетите. Если у подростка пропал аппетит, или же наоборот, он стал очень много есть, то это может иметь связь с мыслями о смерти и такие изменения необходимо рассматривать как один из критериев потенциальной опасности.

8. Изменение режима сна. У подростков, которые склонны к самоубийству, может наблюдаться изменение в режиме дня. Некоторые из них могут через чур много спать, другие же наоборот могут не спать по несколько суток.

9. Изменение оценок. Большинство учащихся, которые до этого всегда хорошо учились, получали хорошие оценки, в один миг могут скатиться до двоек и троек. Они начинают пропускать занятия, не выполняют задание, интерес к учёбе у них резко пропадает. В результате этого, таких обучающихся отстраняют от учёбы за неуспеваемость, либо оставляют на второй год. Резкая смена оценок в худшую сторону должна насторожить как родителей, так и учителей, поскольку это свидетельствует о том, что у подростка появились какие-то интересы, которые мешают учёбе. Возможно, подросток связался с плохой компанией, либо же причина может быть внутри семьи (появился отчим, родители развелись, родители начали пить и т.д.) [58, с. 33].

10. Внешний вид. Достаточно часто, если у ребёнка подросткового возраста начинают возникать мысли о самоубийстве, то он перестаёт обращать внимание на свой вид, не приводит себя в порядок. Вид таких

подростков – растрёпанный. Им всё равно на то, что подумают о них окружающие, какое впечатление они вызовут своей внешностью у других людей.

11. Начинают делать подарки другим. Зачастую человек, который хочет покончить жизнь самоубийством, начинает раздавать вещи, которые ему принадлежат. Так, он может подарить любимую книгу или мяч другу. Такая щедрость должна насторожить окружающих, поскольку исходя из опыта, данные действия – предвестники надвигающего несчастья. Если такое происходит, то необходимо откровенно поговорить с подростком и выяснить, почему он решил расстаться со своими вещами, выяснить, какие намерения он этим преследует.

12. Порядок. Часто подростки, у которых имеются мысли к суициду, считают, что перед смертью необходимо навести порядок в комнате и в других личных делах [9, с. 47].

13. Психологическая травма. У каждой личности имеется свой эмоциональный порог. Подросток может копить в себе различные переживания, которые могут быть связаны с различными аспектами (ссорой с родителями или друзьями, переездом, учёбой, любовью и т.д.). Постепенно эта чаша наполняется и любое, даже незначительное, потрясение, может стать ключевой и поспособствовать тому, что подросток отказывается от жизни, в его голове начинают возникать мысли о суициде, он не видит другого выхода от сложившейся ситуации, кроме смерти. Таким образом, психологическая травма может привести к суициду подростка [37, с. 65].

14. Окружающих должно насторожить изменение в поведении подростка. В том случае, когда у подростка резко меняется поведение – это должно насторожить окружающих и близких. Если подросток был всегда скромным, тихим, никогда не был замечен в конфликтах, и резко начинает быть чрезмерно активным, шутить, смеяться, то необходимо обратить на этого подростка внимание. Такого рода перемены зачастую могут быть

причиной глубокого одиночества, которое подросток пытается скрыть за радостью. Если же наоборот, подросток был всегда жизнерадостным, общался со всеми, делился планами на будущее и резко переменялся, стал безразличным, необщительным, замкнулся в себе, то это тоже должно стать звонком для окружающих. Важно выяснить, что произошло с подростком, почему он изменился, что его тревожит. Подростки, которые переживают кризис, часто перестают интересоваться тем, что им всегда нравилось, что они всегда любили. Так, к примеру, если ранее подросток любил заниматься спортом, то из-за эмоционального кризиса, он может бросить свою спортивную команду и перестать заниматься спортом. Многие подростки предпочитают в такие кризисные моменты побыть в одиночестве, перестают общаться с друзьями, стараются избегать встреч с ними [37, с.66].

15. Угрозы. Учёные отмечают, что подростки, имеющие склонность к суициду, ведут себя показательно, стараются прямо или косвенно дать понять окружающим о том, что они хотят покончить жизнь самоубийством. При прямой угрозе, подросток прямо заявляет друзьям или родственником о своих желаниях. Например, от него можно услышать такие фразы, как: «Мне хочется умереть», «Больше вы меня никогда не увидите», «Завтра меня уже не будет в живых» и т.д. Что же касается косвенных угроз, то тут всё сложнее. Их не так легко распознать, они обычно скрываются в разговоре за «жалобой на жизнь». Зачастую, родственники или друзья попросту могут не понять то, что в разговоре подросток намекает на скорую смерть [16, с. 72].

16. Серьёзное отношение. Абсолютно к любому желанию свести счёты с жизнью, важно относиться серьёзно. Заявление о желании покончить с жизнью могут свидетельствовать о том, что подросток действительно хочет совершить суицид. Если такой случай произошёл, то нельзя быть бесчувственным и агрессивным по отношению к данному подростку. Ведь такое отношение наоборот, еще больше подтолкнёт

подростка к совершению самоубийства. Важно быть спокойным, попробовать предложить помощь подростку, организовать консультацию со специалистами для данного подростка.

17. Активная предварительная подготовка. Близких должно насторожить, если подросток начал собирать ядовитые вещества или лекарственные препараты, если стал коллекционировать рисунки ядовитых грибов, различных крестов, если за ним стали наблюдаться разговоры о суициде как о лёгкой смерти, если подросток стал посещать кладбища, смотреть фильмы про самоубийц, если начал вести различные разговоры о жизни после смерти и т.д.

Таким образом, подводя итог вышеизложенному, можно сделать вывод о том, что существуют различные признаки, которые могут помочь распознать возможное самоубийство подростка. Важно обращать внимание на мелочи, быть более внимательным к подросткам, уметь разговаривать «по душам», чтоб избежать подростковой смерти.

1.2 Особенности проявления антивитального поведения у воспитанников детского дома

Антивитальное поведение у воспитанников детских домов - это переживание потери смысла жизни и антивитальные действия как средство снятия "напряжения" в системе психической регуляции.

Дети, воспитывающиеся в детских домах, - это дети с разными судьбами и установками. Главная особенность психического развития детей в детских домах заключается в том, что они не воспринимаются как личности. Для них часто характерно формирование неадекватных социальных ожиданий, в основном потому, что признание в их среде достигается за счет физической силы, агрессивности, асоциального поведения и т.д. Их нельзя определить по половому признаку, так как среди работников детских домов преобладают женщины. Они не знают своих индивидуальных прав и обязанностей, потому что окружающая

среда заставляет их идентифицировать себя как группу или коллектив. Они испытывают диссонанс между осознанием своей исключительности в обществе и ощущением себя нежеланными. В совокупности эти факторы заставляют детей, растущих в детском доме, винить в своих неудачах и неполноценности среду, в которой они выросли [59, с. 31].

У антивитального поведения на различных этапах его развития имеются свои особенности, которые присущи каждому этапу развития отдельно. В развитии антивитального поведения учёными выделяются два наиболее важных периода, два «пика» развития – это «пик молодости», который приходится на период 15-23 лет, и «пик инволюции», который наступает после 40 лет.

С.В. Бородин в своём исследовании приходит к выводу о том, что несмотря на то, что суицидальное поведение подростков имеет много общих черт с аналогичным поведением во взрослом возрасте, однако, всё же, для подростков свойственна своя возрастная специфика. Её обуславливают возрастные и психологические особенности, которые свойственны данному возрастному периоду [12, с. 29].

Самоповреждающие действия, которые могут проявляться в детском и подростковом возрасте, являются достаточно опасными. Если человек уже попробовал покончить жизнь самоубийством, но остался жив, то, как отмечают учёные, в 60% случаях, данный человек вновь попытается совершить самоубийство. Лишь в 40% случаях, люди возвращаются к нормальной жизни и их покидают мысли о причинении себе вреда [23, с. 77].

В.П. Костюкевич отмечает, что одной из отличительных особенностей детского возраста является то, что дети не испытывают страх смерти, они не знают, что такое смерть. По мнению учёного, ребёнок начинает осознавать, что такое смерть лишь к младшему подростковому возрасту, то есть к 12 годам, а может и чуть позже.

Формирование представления у детей о том, что такое смерть, происходит в несколько стадий: от полного непонимания что такое смерть и до полного понимания данного понятия. Смерть для ребёнка – это всего лишь абстрактное понятие, которое он никак не связывает с собой или со своими родными. Ребенок не понимает, что если человек один раз умрёт, то он уже никогда не станет живым, ребенок считает, что человек может просто на какое-то время уйти, а затем вновь вернуться [36, с.33].

Помимо этого, в детском возрасте имеется несоответствие между целью суицида и его средствами. Зачастую, при желании покончить жизнь самоубийством, подросток выбирает для этого средства, которые на самом деле причинят его здоровью вред, но он останется жив. И бывает наоборот, подросток на самом деле не желает умереть, а просто хочет показать окружающим, к чему он может прийти, так сказать, напугать их. Но его попытки могут привести наоборот к реальной смерти из-за того, что он в полной мере не оценил опасность средств, которые он решил использовать для своей постановки суицида.

Из-за отсутствия жизненного опыта, даже небольшой конфликт, может показаться подростку большой, серьёзной проблемой, которую он не сможет преодолеть и единственным выходом из этой ситуации он видит только самоубийство. Огромное значение для подросткового возраста имеют семейные недопонимания и семейная история. Подросток может задуматься о суициде из-за непонимания со стороны родителей, из-за чрезмерных требований к нему, или же из-за низкого культурного и образовательного уровня родителей [69, с. 41].

Исследования А.М. Прихожан показывают, что вне семьи, т.е. в условиях детского дома, развитие ребенка идет по "особому пути", формируются особые, специфические черты личности, поведения и характера. Многие дети попадают в детские учреждения после долгого пребывания в детском доме, в неполной семье, на улице. Пережитые в это время стрессы влияют на развитие эмоциональной и волевой сферы. По

мнению психологов, воспитанники обычных детских домов характеризуются однобокостью, бедностью поведенческих мотивов и постоянной зависимостью от поведения взрослого. В конфликтных ситуациях они часто не могут объективно оценить ситуацию, не могут контролировать свое настроение и поведение [52, с. 90].

Это подтверждается работой М.В. Зотова, который выделил особенности развития воспитанников детских домов: развитие или искажение самости, отсутствие целеполагания, формирование потребительской психологии, отсутствие возможности или способности жить самостоятельно в обществе, подверженность личности специфической социализации, в условиях детского дома. Трудности в формировании самосознания приводят к постоянному подражанию другим, поверхностности чувств, агрессивности [29, с. 63]. Пытаясь самоутвердиться, воспитанник детского дома демонстрирует свою независимость, отказываясь подчиняться правилам и моральным нормам. Нарушения эмоционального состояния и самосознания, трудности общения, трудности самоконтроля, преобладание защитных форм поведения требуют от педагогов индивидуального подхода к воспитанникам, основанного на глубоком знании их личностных особенностей, говорит Владимир Касаткин, директор Московского центра социальной помощи детям и подросткам. Авторитарный стиль воспитания, распространенный в большинстве российских детских домов, когда воспитатели от профессионального бессилия пытаются подавить ребенка физически и психологически, подвергая его жестоким и унижительным наказаниям, деформирует личность. Прямым или косвенным следствием этой деформации может быть самоубийство [29, с. 65].

Дети, воспитывающиеся в интернатных учреждениях, страдают от психической и эмоциональной депривации, испытывают сенсорное голодание, изолированы от реальной жизни, связаны принципом социального и психологического неблагополучия и находятся в

социальной изоляции. Практически все дети в детских домах и интернатах пережили психическую травму, которая сама по себе может иметь серьезные первичные и вторичные последствия для их личностного развития. Как правило, эти дети часто находятся в состоянии глубокой социально-педагогической запущенности, у них присутствует комплекс брошенного и нежеланного ребенка [15, с. 78]. Условия социального воспитания, подражание семейной жизни, отсутствие естественных гендерных моделей поведения, слабые эмоциональные и личностные связи порождают социальный инфантилизм, проблемы общения у детей [19, с. 100].

В семье существует чувство семейного "мы"; это моральная сила, которая позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности. Без родительской опеки у детей в детском доме спонтанно возникает оппозиция между "нами" и "чужаками", "ими". Все отделены от "других", но ребенок тоже один в своей группе [12, с. 72].

Из-за недостатка любви и заботы, родительского тепла у детей развиваются такие качества, как жестокость, равнодушие, часто возникают конфликты со сверстниками, обижают детей. Они считают отчуждение людей нормой, отсюда их "право" нарушать устои общества. В школе они негативно относятся к сверстникам из своих семей [8, с. 50].

Ребенок в школе-интернате должен адаптироваться к большому количеству сверстников. Постоянное нахождение в группе создает напряжение, тревогу и иногда провоцирует агрессию. Мастурбация, гомосексуализм и сексуальные отклонения - обычное явление в интернатах и детских домах. Все это - результат недостатка родительской любви, отсутствия положительных эмоций социально адаптированного человека.

В детских домах нет места, где ребенок мог бы побыть один, отдохнуть от постоянной толпы, проанализировать свои поступки. Без внутренней сосредоточенности на себе он развивает определенный тип стандартной социальной личности. Пытаясь изолироваться, дети уходят на

чердаки и в подвалы. А это, особенно без присмотра взрослых, приводит к необдуманным поступкам, побегам и бродяжничеству. У детей, живущих в государственных учреждениях, формируются черты иждивенчества ("они нам должны"), отсутствие ответственности и бережливость [12, с. 34].

Эти дети отличаются по своему умственному развитию от своих сверстников из семьи, имеют задержку в развитии и часто страдают от хронических заболеваний. Из-за ограниченного социального круга у них развивается неадекватное поведение, которое проявляется в постоянных конфликтах с окружающими, отказе от запретов и замечаний.

В детском доме они недоверчивы и вялы, не привязываются к взрослым. Они замкнуты и грустны, им не хватает любознательности, у них плохо развита речь и отсутствует какая-либо самостоятельность. В подростковом возрасте эти причины вызывают определенные трудности в утверждении подростков среди сверстников, в развитии их собственного "Я". Они не готовы к самостоятельной жизни, не умеют планировать свое будущее, живут только одним днем, болезненно переживают свою бесполезность [20, с. 77].

Принято выделять следующие проблемы, специфичные для конкретной среды.

1. Формирование феномена "мы" в условиях детского дома. Здесь у детей развивается своего рода идентификация с другими.

2. Отсутствие свободной комнаты, в которой ребенок может отдохнуть от других детей. Отсутствие внутреннего пространства концентрации нормализует определенный тип социальной личности. Неудовлетворенная потребность в определенном жизненном пространстве, особенно для изоляции, заставляет детей в детских домах больших городов проникать на чердаки и в подвалы.

3. Вопреки предположению, что воспитанники детских домов более независимы, чем их сверстники, находящиеся под строгим надзором "дома", у них были обнаружены серьезные дефекты произвольной

саморегуляции поведения, выражающиеся в неспособности самостоятельно планировать и контролировать свои действия [21, с. 120].

4. В детском доме существует безусловное членство в группе, отсутствие выбора.

5. Дети, живущие с помощью государства, имеют установку на зависимость ("мы должны", "дай"), отсутствие бережливости и ответственности.

6. Эти дети психологически отчуждены от людей, и это дает им "право" на правонарушения.

7. Проблема коммуникации. Ребенок, растущий в интернатных учреждениях, помимо прочих дефектов, не умеет общаться.

Причины коммуникативных нарушений у детей, воспитывающихся в детских домах.

- большое количество детей в группах и, как следствие, невозможность для воспитателя уделить достаточно внимания каждому ребенку;

- перевод ребенка из одного учреждения в другое по каким-то формальным причинам, которые не способствуют развитию у детей прочных эмоциональных связей, не формирует у них "чувство дома" [13, с. 61];

- жесткая регламентация деятельности детей и персонала, акцент на дисциплинарных аспектах, что вызывает искаженное восприятие жизни у детей, затрудняя их последующую социальную адаптацию;

- изолированность внутри учреждения и внутри группы;

- обязательное общение. Ребенок вынужден иметь дело с одной и той же, обычно довольно небольшой, группой сверстников и не может выбрать другую группу;

- неумение воспитателя общаться с детьми.

Большая восприимчивость к внешним влияниям, характерная для воспитанников детских домов, часто приводит их в криминальную или

полукриминальную среду. Каждый десятый ребенок в исправительных колониях - выходец из детского дома. Сироты часто становятся жертвами преступлений. Причиной нарушения закона, как правило, является полная неподготовленность воспитанников детских домов к самостоятельной жизни, что усугубляет их и без того плохое положение: они не получают жилье или теряют его обманным путем, не могут устроиться на хорошо оплачиваемую работу, не могут создать полноценную семью [22, с. 94].

Проблема трудоустройства является наиболее распространенной причиной маргинализации детей-сирот. Трудовое воспитание в детских домах часто ограничивается навыками самообслуживания: заправить постель, накрыть на стол. И даже это дети делают только под жестким давлением взрослых, привыкая к тому, что работа неинтересна и принудительна. В самой столовой дети смотрят не отрываясь, потому что твердо знают, что учителя и помощники должны исправлять все их огрехи, ведь им за это платят. Так воспитывается зависимость: сироту учат жить плохо, но на всем готовом. Выпускники детских домов, получившие работу, обычно не задерживаются там надолго. Многие из них не в состоянии искать новую работу, не знают, куда обращаться и как себя вести. Выпускник нуждается в особой социальной поддержке, которую может обеспечить, например, социальный работник [2, с. 75].

Таким образом, неблагоприятная и депривированная жизненная ситуация в детском доме определяет задержку и специфику развития детей. У воспитанников детского дома наблюдается искажение собственного "я", отсутствие целеполагания, формирование потребительской психологии, отсутствие возможностей и навыков самостоятельной жизни в обществе. Все это является серьезным препятствием в процессе социальной и психологической адаптации выпускников детских домов в условиях современной жизни.

1.3 Модель психолого-педагогической коррекции антивиталяного поведения воспитанников детского дома

Моделирование – основа научной деятельности на всех этапах психолого-педагогического исследования. В психологической теории понятие «моделирование» относится к изучению психических процессов и состояний с использованием их реальных - физических моделей или идеальных - математических моделей исследования [25, с.43].

Анализируя источники, мы получаем обширное представление о понятии модели, например, в Российской педагогической энциклопедии она сформулирована как модель для дальнейшего воспроизведения в управлении развитием профессионального творчества учителя, а также для изучения сложных или ранее неизученных психолого-педагогических ситуаций и проблем.

В широком смысле - это абстрактное понятие и представляет собой изображение, условное изображение, описание, диаграмму, рисунок, график, план, карту или образец объекта, или систему объектов, используемых в определенных условиях с целью их замены или представления [26, с.109].

Рассматривая иное значение понятия модели, ее можно интерпретировать как схему, рисунок, изображение или описание процесса: природного, естественного или искусственного, социального, а также явления или объекта. Для построения модели уместно использовать метод постановки цели, который поможет вам определить и построить цель, а затем проанализировать образ желаемого результата. Модель строится поэтапно.

1. Этап постановки задачи. Это, наверное, самый важный этап, так как от него напрямую зависит результат, который будет получен в конце эксперимента. В процессе работы также выделяется проблема,

анализируется причинно-следственная связь, и на основе сочетания этих факторов ставится задача.

2. Этап построения модели. Главное условие этого этапа - определение основной цели, и она будет работать на решение задачи, поставленной на первом этапе работы. Затем теоретически прорабатываются все необходимые данные для практики и определяются ожидаемые результаты [47, с.213].

3. Этап валидации. Определяется степень соответствия реальным условиям, все ли важные моменты отражены и проработаны, соответствует ли конечный результат ожидаемым результатам и целям, выполнена ли основная задача эксперимента.

4. Этап подачи заявки. Как только модель будет полностью проверена, она готова к реализации в реальных условиях.

5. Этап обновления модели. После интеграции модели в реальные условия может потребоваться ее корректировка. Цель этапа - качественное изменение модели.

В исследовании модель представляет собой вариант интерпретации и демонстрации результатов, начало, начиная с которого сравнивается исследуемый объект и вводит их в общую картину. Отсюда следует, что моделирование придает исследовательской работе целенаправленность и адаптивность [57, с. 77].

Еще один важный инструмент для структурирования целей - «Дерево целей», которое разработала доктор психологических наук В. И. Долгова. Метод основан на теории графов, представляющих «ветви дерева», которые достигаются при решении задач. Он позволяет проследить взаимосвязь между целями и задачами за счет их графического исполнения [16, с. 89]. В рамках нашего исследования мы разработали дерево целей, которое можно увидеть на рисунке 1.

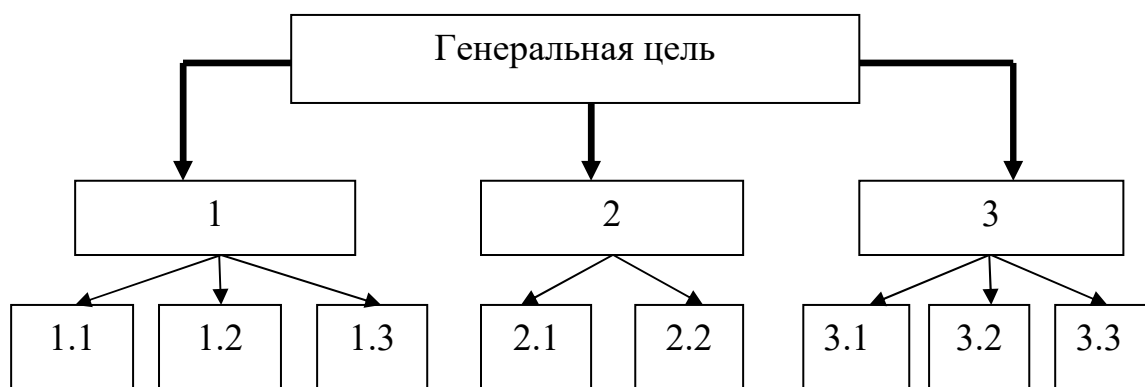


Рисунок 1 – «Дерево целей» исследования психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома

Генеральная цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность программы психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

Далее представлены частные цели.

1. Изучить теоретические предпосылки исследования психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

1.1. Изучить проблему антивитального поведения в психолого-педагогических исследованиях.

1.2. Рассмотреть особенности проявления антивитального поведения воспитанников детского дома.

1.3. Теоретически обосновать модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

2. Организовать опытно-экспериментальное исследование антивитального поведения воспитанников детского дома.

2.1. Определить этапы, методы, методики исследования.

2.2. Дать характеристику выборки и провести анализ результатов констатирующего эксперимента.

3. Провести опытно-экспериментальное исследование психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

3.1. Разработать и реализовать программу психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

3.2. Выполнить анализ результатов формирующего эксперимента.

3.3. Предложить психолого-педагогические рекомендации по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома.

В ходе дальнейшей работы в рамках системного подхода была составлена модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома, представленная на рисунке 2.

Разработанная модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома состоит из следующих блоков, представлена на рисунке 2.

1. Теоретический блок содержит анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, в которой рассматриваются понятия антивитального поведения, особенности проявления антивитального поведения воспитанников детского дома.

2. Диагностический блок включает в себя проведение исследования уровня склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома при помощи диагностических методик: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева.

3. Коррекционно-развивающий блок посвящен реализации программы психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома. Программа реализуется в групповой форме занятий с использованием следующих методов: беседа,

тренинг, игротерапия, арттерапия, релаксация, групповая дискуссия, рефлексия.

4. Аналитический блок предполагает повторную диагностику по методикам, которые мы проводили в диагностическом блоке для изучения изменения уровня проявления антивиталяного поведения воспитанников детского дома. На основании полученных данных делается вывод об эффективности реализованной программы психолого-педагогической коррекции антивиталяного поведения воспитанников детского дома с использованием метода математической статистики, расчет Т-критерия Вилкоксона, после чего гипотеза исследования подтверждается или опровергается. По полученному блоку происходит обобщение, смотрим, была ли достигнута цель исследования, подтвердилась ли гипотеза.

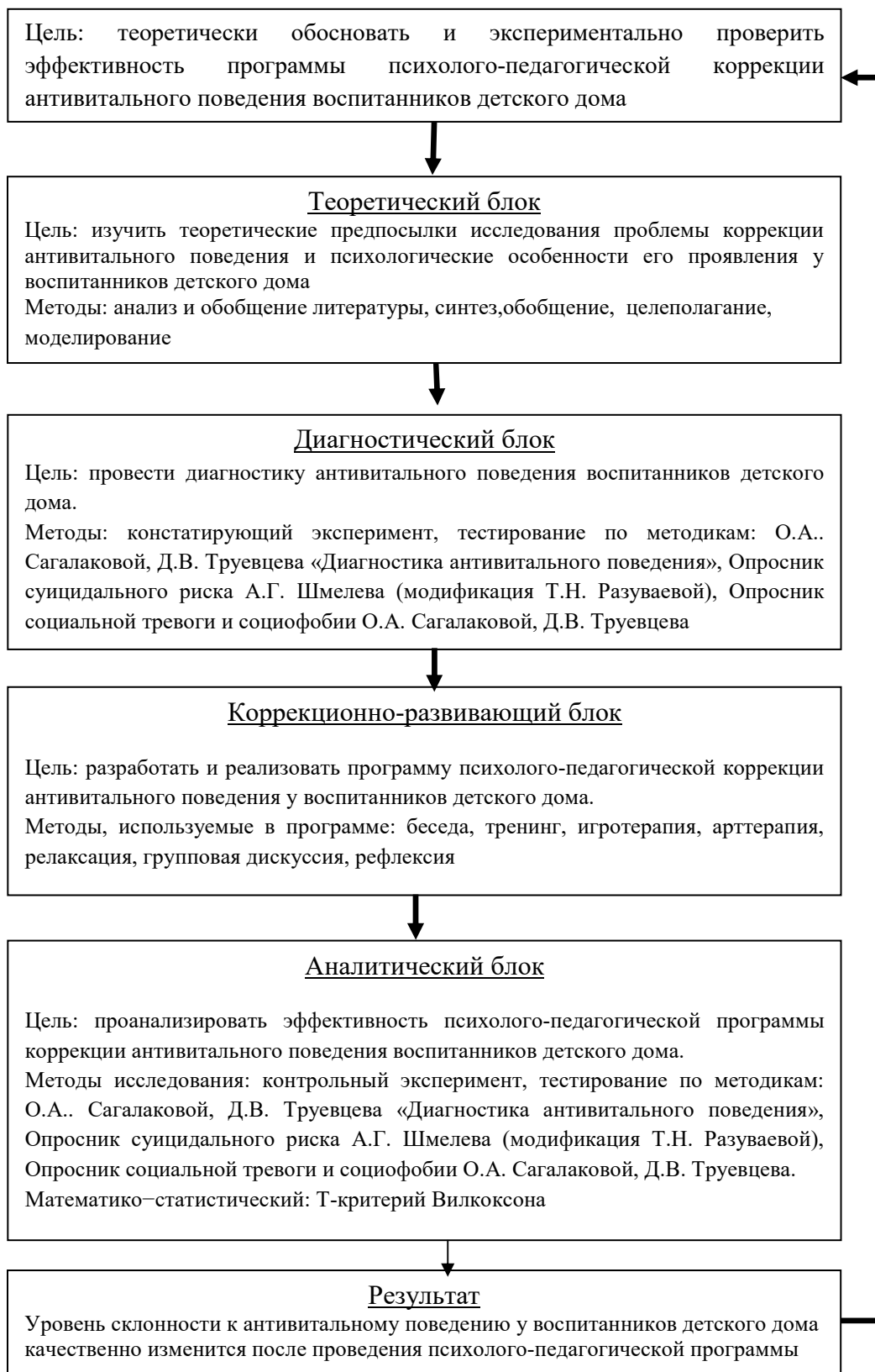


Рисунок 2 – Схема модели исследования психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома

Таким образом, была разработана модель психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома, которая включает четыре блока: теоретический, диагностический, развивающий и аналитический.

В этом разделе выпускной квалификационной работы было создано «дерево целей», которое помогло подойти к исследованию систематически. В следующих главах представлены результаты констатирующего и формирующего эксперимента, а также программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома и психолого-педагогические рекомендации по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома.

Вывод по первой главе

В теоретической главе выпускной квалификационной работы мы проанализировали психолого-педагогическую литературу по проблемам коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома. На основе данного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Антивитальное поведение — поведение, направленное против биологических потребностей субъекта; может носить характер пассивного и ненамеренного размышления и/или рискованных в отношении здоровья мыслей и действий, напрямую не связанных с намерением свести счеты с жизнью. Антивитальное поведение часто предваряет или пересекает на одной из стадий развитие суицидального поведения (например, переживания и мысли о формировании суицида). Изучением антивитального поведения и механизмами их формирования занимались: Д. А. Леонтьев (антивитальное поведение как преломление феномена жизнестойкости); А. Б. Холмогорова (антивитальное поведение как проявление депрессивной симптоматики); С. Stark, V. Riordan (антивитальное поведение как проблема проживания в сельской местности и особенностей культуры); R. I. Simon, R. E. Hales (антивитальное

поведение как проблема личностных аномалий, психических расстройств). Общим для ученых можно назвать то, что они проводят научные изыскания, составляют классификации причин и типологические особенности антивитаальных настроений, но в итоге нет полной картины.

2. В детском и подростковом возрасте на возникновение и распространение антивитаального и суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых: печальное настроение; чувство скуки; чувство усталости; нарушение сна; соматические жалобы; неусидчивость, беспокойство, 34 тревожность; фиксация внимания на мелочах; чрезмерная эмоциональность; замкнутость; фрустрационные настроения; стрессовость; злоупотребление алкоголем или наркотиками; плохая успеваемость; прогулы школы.

3. Психолого-педагогическая коррекция – это деятельность педагога-психолога, направленная на решение конкретных проблем обучения и развития, учащихся группы риска, соответственно возрасту обучающихся в групповой или индивидуальной форме. В третьем параграфе данной главы нами была построена модель психолого-педагогической коррекции антивитаального поведения воспитанников детского дома. В исследовании модель является вариантом толкования и демонстрации результатов, началом, отталкиваясь от которого сопоставляется исследуемый объект и вводит их в общую картину. Отсюда следует, что моделирование придаёт исследовательской работе целенаправленность и технологичность.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

2.1 Этапы, методы, методики исследования

Для подтверждения поставленной нами гипотезы мы провели опытно-экспериментальное исследование с воспитанниками детского дома МБУ СО «Центр помощи детям» г. Нязепетровск. Всего в исследовании приняло участие 20 человек. Средний возраст испытуемых 14-15 лет.

Проведение опытно-экспериментального исследования включало в себя следующие этапы:

1. Поисково-подготовительный (сентябрь – ноябрь 2021 г.). На данном этапе определялась тема исследования, объект, предмет, формулировалась гипотеза, подобраны методики и методы исследования. Проведён анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования. Изучалось понятие антивитального поведения, его особенности у воспитанников детского дома. Создавалась модель коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

2. Опытно-экспериментальный (декабрь 2021г.– апрель 2022г.). Данный этап состоит из двух разделов.

2.1. Проведение констатирующего эксперимента, включающий психологическую диагностику уровня склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома по следующим методикам: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева. Полученные результаты проанализированы количественно и качественно, представлены в виде графиков и сводных таблиц.

2.2. Составление и апробация программы психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

Проведение повторной диагностики для проверки успешности реализации программы.

3. Контрольно-обобщающий (апрель – май 2022 г.). Проанализированы и обобщены теоретический и эмпирический материал, сформулированы выводы. Проверка гипотезы с помощью математико-статистической обработки результатов исследования. Сформулированы психолого-педагогические рекомендации по коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

В исследовании антивитального поведения воспитанников детского дома были использованы следующие методы:

1. Теоретические – анализ, синтез, обобщение.
2. Эмпирические – констатирующий эксперимент, тестирование, методики исследования: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева..

3. Метод математической статистики: Т-критерий Вилкоксона.

Рассмотрим подробнее каждый их данных методов:

1. Теоретические методы.

Анализ литературы - это метод научного исследования, предполагающий операцию мысленного или фактического расчленения целого (вещи, свойства, процесса или отношения между объектами) на составные части, осуществляемую в процессе познания или практической деятельности человека.

Синтез - это метод исследования, состоящий в совокупном воспроизведении связей анализируемых частей составных элементов сложного явления и понимании целого в его единстве.

Обобщение: установление сходства в определенных аспектах, качествах и отношениях между неидентичными объектами.

Метод целеполагания является важным элементом психологической деятельности. Сам по себе он представляет процесс выбора различных целей с определением допустимых отклонений от них, а также управление процессом реализации гипотезы нашего исследования. Анализ опыта целеполагания при разработке нами психолого-педагогической программы коррекции антинасильственного поведения подростков дает основание выделить следующие методы целеполагания:

1. логическое структурирование целей, при применении которого существуют заранее выбранные принципы структурирования (метод структурирования);
2. метод парного сравнения, основанный на применении отношений "целое - частное".

Метод моделирования является наиболее актуальным методом исследования, который требует от педагога-психолога математической подготовки. В этом методе психические явления изучаются в виде модели, образа реальности, максимально приближенного к истине.

Моделирование позволяет сосредоточить внимание только на важных особенностях человеческой психики, т.е. изучаемого явления. Конечно, можно сказать, что лучше получить глобальное видение изучаемого явления, но следует оговориться, что это невозможно в силу сложности психологических феноменов человека. Мы прибегли к этому методу, потому что:

- 1) антивитальное поведение - это психический процесс с достаточно высоким уровнем неопределенности;
- 2) существуют иногда неизвестные закономерности и механизмы, которым подчиняется антивитальное поведение;
- 3) системная сложность и многофакторный характер антивитального поведения.

2. Эмпирические методы.

Эксперимент в психологии является основным методом научного познания. Он используется для изучения изменений в поведении человека (или группы людей) в ситуации систематического контроля факторов, которые его определяют. Для достижения цели исследователю необходимо создать определенные условия для ее возникновения. Существенной особенностью эксперимента является четкая и жесткая идентификация конкретного изучаемого фактора. Необходимым условием является регистрация возникающих изменений.

Констатирующий эксперимент - это психологический метод, который устанавливает существование конкретного и обязательного явления или факта. Но чтобы достичь этой цели, он должен соответствовать определенным требованиям. Например, эксперимент может стать проверочным только в том случае, если перед исследователем стоит задача выявить существующее состояние и уровень сформированности конкретного изучаемого свойства или фактора. Поэтому фактический уровень развития того или иного параметра у респондента или группы испытуемых становится приоритетным для изучения. Это определяет цель и задачи метода. Целью наблюдательного эксперимента является измерение фактического уровня развития, а также получение исходного материала для организации дальнейших исследований.

Психолого-педагогический эксперимент (обучающий эксперимент) - это особый вид эксперимента в психологии, в котором воздействие экспериментальной ситуации на испытуемого должно способствовать его психическому развитию и личностному росту.

Формирующий эксперимент часто используется при изучении конкретных путей развития личности. Это обеспечивается с помощью комплекса наук. Например, в воспитании ребенка необходим синтез психологических знаний с педагогическими исследованиями. Целью

формирующего эксперимента является: обучение знаниям и навыкам; развитие способностей и определенных качеств личности. Но для того, чтобы получить положительный результат, необходимо предъявить особые требования к экспериментатору и самому методу:

1) необходима теоретическая проработка представлений о выделенных в исследовании психологических параметрах, которые, собственно, и будут воплощены;

2) ход и программа эксперимента должны быть четко спланированы;

3) в процессе работы необходимо полностью учитывать имеющиеся в реальном обучении факторы, влияющие на формирование в психике исследуемых явлений.

Контрольный эксперимент - это повторное измерение состояния объекта (субъекта или группы субъектов) и сравнение с состоянием до обучающего эксперимента, а также с состоянием, в котором находится контрольная группа, не получавшая экспериментального воздействия.

Тест – это стандартизированные и обычно краткие, и ограниченные во времени испытания, предназначенные для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий между людьми.

Опрос – это метод психологического изучения, в ходе коего людям задаются вопросы, на базе ответов на которые делаются выводы о психологии опрошенных.

3. Математико–статистический: Т-критерий Вилкоксона

Для получения надежных и достоверных результатов важно использовать проверенные и надежные методы. В психологии нелегко найти подходящий метод. Главное - учесть все необходимые стандарты и требования и иметь под рукой необходимую информацию. Сегодня мы поговорим о непараметрическом статистическом подходе, так называемом Т-критерии Вилкоксона.

Методология была разработана Фрэнком Уилкоксоном, американским ученым, химиком и статистиком. Она была утверждена в 1945 году.

Задача этой техники - сравнить родственные образцы, принимая во внимание выделенный конкретный признак. Важно, чтобы выбранный критерий анализа оценивался по порядковой или непрерывной шкале.

T-критерий Вилкоксона предназначен для сравнения абсолютных значений, которые указывают на изменение или определенную тенденцию (направление). Метод основан на обработке материалов в несколько этапов: ранжирование, сумма рангов, определение стабильности и случайности, интенсивности и т.д.

Этот метод позволяет оценить различия между двумя признаками, ряд изменений, которые были сделаны по отношению к образцу. Важным условием применения методики является то, что экспериментальная часть проводится многократно в разное время и при разных условиях. Такой подход позволяет установить не только изменения факторов, но и их влияние на конечный результат, а также приверженность субъектов исследования к той или иной тенденции.

Тест помогает установить наличие изменений, их направление и интенсивность. С его помощью исследователь устанавливает, в каком направлении преобладают сдвиги (например, в положительном или отрицательном) [65, с.38].

Наиболее распространенным применением метода Вилкоксона является анализ "до" и "после" для сравнения показателей до и после определенных обстоятельств/ситуации/события.

Существует последовательность шагов, которая позволяет правильно использовать этот метод.

Во-первых, исследователь должен собрать необходимый материал для анализа. Важно использовать не только статистические, но и

экспериментальные данные (причем эксперимент придется проводить не один раз).

Далее исследователь рассчитывает "нулевые" смещения. Для этого необходимо определить исходные сдвиги относительно пар испытуемых (предварительно все участники делятся на пары, создавая две зависимые выборки). В дальнейшем они не будут учитываться. После этого эксперимент должен быть собран заново, а смещения пересчитаны.

Далее необходимо определить типичность и нетипичность выявленных сдвигов. Для этого необходимо определить, какое направление является доминирующим (большинство испытуемых).

После определения направления сдвигов и их интенсивности, различия между парами следует классифицировать по модулю (т.е. фактический знак сдвига не учитывается). Полученные данные должны быть отсортированы в порядке возрастания [65].

Последним шагом в применении Т-критерия Вилкоксона является вычисление суммы рангов относительно выбросов.

После проведения расчетов необходимо сравнить полученные результаты с таблицей критических значений. Если полученные данные ниже табличных, то подчеркивается типичность признака и принимается альтернативная гипотеза.

Если результат выше табличного, то основная гипотеза принимается.

Таким образом, использование Т-критерия Вилкоксона позволяет разделить имеющиеся данные на две группы (до и после) и проанализировать их. Результаты, полученные с помощью этого метода, считаются надежными и валидными и отражают общую тенденцию изучаемого явления или признака. Чаще всего его используют студенты при написании курсовых, дипломных работ и отчетов о прохождении практики, а также кандидаты наук при проверке гипотезы или обоснованности закона в современных условиях [65].

Таким образом, в данном разделе описаны методы, приемы и этапы исследования. Психолого-педагогическое исследование проводилось в 3 этапа: поисково-подготовительный этап, экспериментально-экспериментальный этап, контрольно-обобщающий этап.

Представленные этапы, методы и методики полностью отвечают задачам и цели исследования.

2.2 Характеристика выборки и анализ результатов констатирующего эксперимента

Эмпирическое исследование проводилось на базе МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск, воспитанники в количестве 20 человек.

Из воспитанников в исследовании приняли участие 20 человек, из них 11 девочек и 9 мальчиков подросткового возраста.

Психологический климат в коллективе нельзя назвать положительным, воспитанники неуважительно относятся друг к другу, не могут рассчитывать на поддержку друг друга.

Уровень развития коллектива можно оценивать как низкий. В коллективе не установлены хорошие прочные связи, устойчивые нормы поведения, соответствующие общечеловеческим нормам морали и поведения. Общение между воспитанниками можно назвать формальным, были замечены неоднократные всплески агрессии по отношению друг к другу.

В группе не было замечено ярко выраженных лидеров. Эмоционально-волевое состояние коллектива оценивается как нестабильное. В группе преобладает внеучебная деятельность. К учебе относятся неохотно.

Подростки, принявшие участие в нашем исследовании, имеют слабое чувство собственного достоинства, а самоанализ затруднен и ограничен. Потребность в оценке собственной внешности фрустрирована, для некоторых характерно самоуничижение и бессознательные утверждения о

развитии своих интеллектуальных способностей. Неразвита концептуальная сфера в отношении дружеского общения, есть трудности в гендерно-ролевой ориентации, потребность в безопасности, независимости, блокируется притязание на признание. У детей-сирот развивается чувство нестабильности и социальной неадекватности. Для них характерна достаточно адекватная стабильная самооценка (в отличие от детей, принятых родителями, у которых завышенная самооценка) с тенденцией к дифференциации, но есть процент детей с завышенной самооценкой.

Подростки, принявшие участие в нашем исследовании, были подозрительны к окружающим, психологически отдалены от них, испытывали трудности в установлении контактов за пределами детского дома и поверхностны в отношениях с друзьями. Для них характерно пассивное отношение к жизни, сознательная склонность к зависимому поведению и иждивенчеству, отсутствие бережливости и честолюбия. Дети-сироты с завышенной самооценкой проявляют нечувствительность к критике, невосприимчивость к новому опыту и нежелание слушать других.

Сфера мотивационных предпочтений характеризуется предпочтением подростками определенных материальных благ (мобильный телефон, машина, квартира, деньги), преобладание которых не является нормальным в подростковом возрасте. Мотивы, связанные с развитием навыков, обучением и благополучием других, не были актуальны, что подтверждает распространенное в психолого-педагогической литературе мнение о формировании иждивенческой позиции у детей, воспитывающихся в детских домах. Неактуальным оказался и мотив создания семьи (что подтверждается диагностикой ценностных ориентаций), что очень актуально в раннем возрасте. С нашей точки зрения, это достаточно серьезная личностная деформация, свидетельствующая о негативном образе семьи и нежелании создавать

семью в будущем или легко отказываться от нее перед лицом трудностей, что порождает очередную волну социального сиротства.

Таким образом, описывая исследуемую выборку, можно сказать, что при относительно стабильной самооценке подростки испытывают трудности с самопринятием и самооценкой, у них фрустрированы как базовые потребности (безопасность, общение), так и потребности в социализации (признание, достижение). Возникают трудности в социальных контактах из-за их поверхностности, а также подозрительность и дистанцирование со стороны подростков. Для подростков характерны интеллектуальная пассивность, пессимистический стиль отношения к жизни, повышенная депрессивность и узкая мотивационная сфера.

На опытно-экспериментальном этапе был проведен констатирующий эксперимент, который позволил выявить уровень склонности к антивитальному поведению воспитанников детского дома. Нами были проведены три диагностические методики: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева.

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения». Результаты представлены на рисунке 3 и в таблице 1 ПРИЛОЖЕНИЕ 2

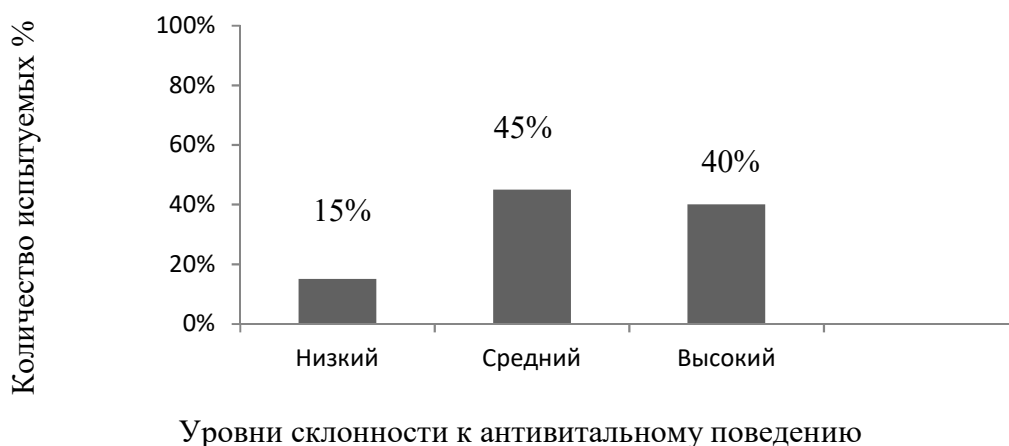


Рисунок 3 – Результаты диагностики склонности к антивита́льному поведению воспитанников детского дома по методике О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивита́льного поведения»

Результаты методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивита́льного поведения» показали, что у большинства испытуемых, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании, преобладает средний уровень склонности к антивита́льному поведению. Таких подростков 9, что составляет 45% от общего числа испытуемых. У данных подростков, воспитывающихся в детском доме, наблюдается склонность к депрессии, тревожности, у них низкая целеустремлённость. Высокий уровень склонности к антивита́льному поведению был выявлен у 8 (40%) испытуемых. Данные подростки часто испытывают тревогу, у данных испытуемых имеется склонность к отклоняющему поведению, часто проявляется депрессия. Низкий уровень склонности к антивита́льному поведению по методике О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивита́льного поведения» был выявлен у 3-х (15%) подростков. Данные подростки общительны, депрессия у таких подростков бывает крайне редко.

Проанализировав результаты исследования по данной методике можно сделать вывод, что в группе преобладает число детей со средним уровнем склонности к антивита́льному поведению, и наименьшее число детей с низким уровнем склонности к антивита́льному поведению. Эта ситуация характерна для детей данной возрастной группы, ведь у детей подросткового возраста, воспитывающихся в детском доме имеются склонности к отклоняющему поведению и не все подростки могут низкий уровень склонности к антивита́льному поведению (ПРИЛОЖЕНИЕ 2, таблица 1).

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой), представленные на рисунке 4.

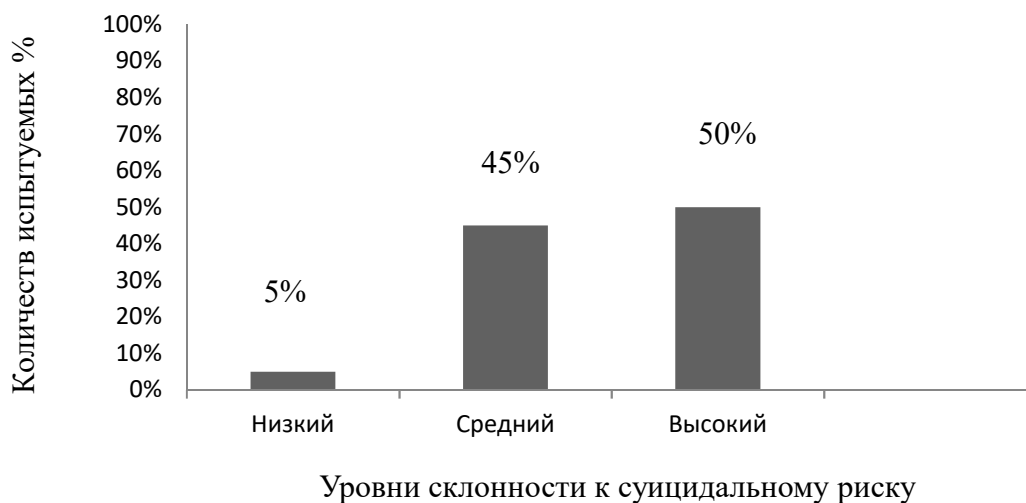


Рисунок 4 – Результаты диагностики склонностей к суицидальному риску воспитанников детского дома по методике «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой)

По данным исследования мы видим, что низкий уровень склонностей к суицидальному риску по методике «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой) характерен для 1-го (5%) испытуемого. Данный испытуемый не имеет склонности к суициду. Средний уровень склонностей к суицидальному риску по методике «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой) был присущ 45% опрошенных воспитанников (9 человек). У данных подростков имеется склонность к депрессии, одиночеству, они могут погружаться в свои мысли, испытывают тревожность, беспокойство. 10 (50%) испытуемых показали высокую склонность к суицидальному риску по методике «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой). У данных подростков имеется высокая склонность к депрессии, агрессивности, тревожности. Им может казаться, что весь мир против них. В результате таких склонностей, данные подростки могут закончить жизнь самоубийством.

В данной методике диагностики уровня склонности к суицидальному риску, у детей преобладал высокий уровень склонности к суицидальному риску. Это говорит о том, что склонность к суицидальному риску у детей в этой группе находится на уровне, соответствующем их возрасту.

Рассмотрим результаты исследования, которые мы получили с помощью методики «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева (ПРИЛОЖЕНИЕ 2, таблица 3). Результаты представлены на рисунке 5.

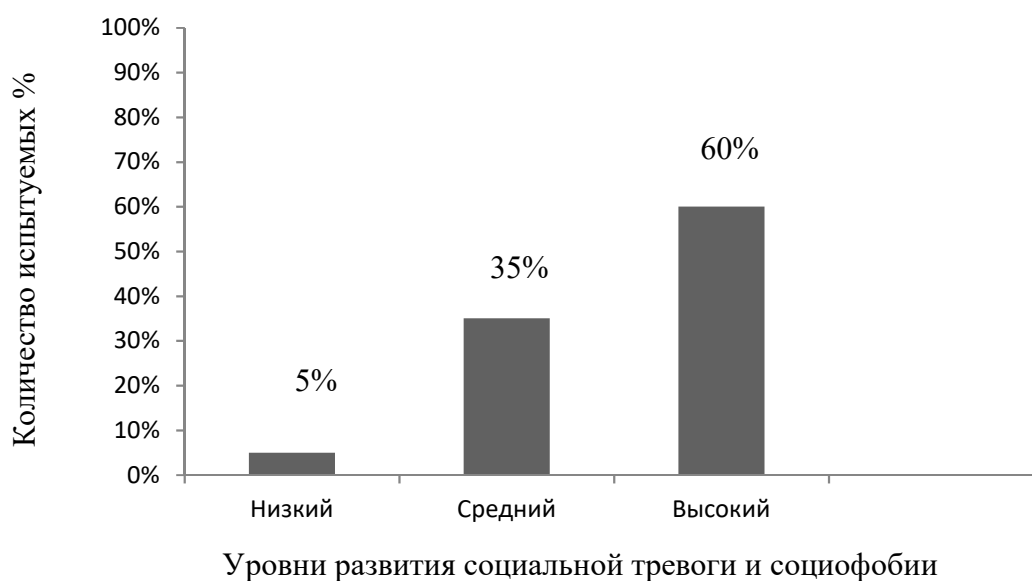


Рисунок 5 – Результаты диагностики развития социальной тревоги и социофобии у воспитанников детского дома по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева

Мы видим, что низкий уровень развития социальной тревоги и социофобии по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева был выявлен у 1-го (5%) воспитанника детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании. Данного подростка практически не посещает тревога. Он жизнерадостный, у него большие планы на будущее, участвует в различных мероприятиях, ему присущ высокий уровень стрессоустойчивости и независимости. Средний уровень развития социальной тревоги и социофобии по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева был выявлен у

7-х (35%) воспитанников детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании. Данные подростки имеют склонность к тревоге, депрессии, зачастую могут погружаться в свои мысли. Несмотря на то, что у них имеются планы на дальнейшую жизнь, части депрессируют, в их поведении может наблюдаться фрустрация. Высокий уровень развития социальной тревоги и социофобии по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева был выявлен у 12 (60%) воспитанников детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании. Данные подростки часто находятся в тревожном состоянии, они замкнуты, агрессивны, часто о чём-то думают.

Таким образом, подводя итог констатирующему этапу опытно-экспериментального исследования, можно сделать вывод о том, что у подростков, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании преобладает средний и высокий уровень склонности к антивитальному поведению. Если в этом возрасте не предпринимать никаких мер по коррекции данного поведения, то в будущем данные подростки могут полностью замкнуться в себя, могут проявлять агрессию по отношению к окружающим из-за того, что чувствуют обиду на свою жизнь, либо вовсе из-за антивитального поведения, из-за депрессии и замкнутости могут закончить жизнь суицидом. Результаты, полученные при первичной диагностики воспитанников детского дома позволили сделать вывод о том, что с испытуемыми необходимо проводить профилактические и коррекционные мероприятия по снижению антивитального поведения. В связи с этим, нами была разработана и реализована программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

Вывод по второй главе

Организация исследования проблемы развития антивиталяного поведения воспитанников детского дома проходила в три этапа:

1. Поисково-подготовительный
2. Опытно-экспериментальный
3. Контрольно-обобщающий

В исследовании использованы следующие методы: теоретические: анализ психолого-педагогической литературы, синтез, целеполагание, моделирование; эмпирические: констатирующий эксперимент.

Для выявления уровней склонности к антивиталяному поведению у воспитанников детского дома нами были использованы следующие методики: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивиталяного поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева.

В исследовании уровня склонности к антивиталяному поведению у воспитанников детского дома на этапе констатирующего эксперимента участвовало 20 испытуемых 14-15 лет. Исследование проводилось в МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск.

С помощью методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивиталяного поведения» было выявлено: 40% (8 испытуемых) с высоким уровнем склонности к антивиталяному поведению; средний уровень склонности к антивиталяному поведению был выявлен у 45% (9 испытуемых), с низким уровнем склонности к антивиталяному поведению 15% (трое испытуемых).

С помощью опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) было выявлено, что 50% (10 испытуемых) имеют высокий уровень склонности к суицидальному риску; со средним уровнем склонности к суицидальному риску выявлено 45% (9 испытуемых); Низкий уровень склонности к суицидальному риску был выявлен у 5% (у 1-го испытуемого).

С помощью проведения опросника социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева было выявлено, что низкий уровень развития социальной тревоги и социофобии наблюдается у 1-го (5%) воспитанника детского дома, средний уровень развития социальной тревоги и социофобии – у 7 (35%) и высокий уровень развития социальной тревоги и социофобии был выявлен у 12 (60%) испытуемых.

Таким образом, результаты методик показали, что большая часть воспитанников детского дома имеет высокий и средний уровень склонности к антивитальному поведению. Испытуемые нуждаются в проведении психолого-педагогической коррекции антивитального поведения. В связи с этим, на формирующем этапе опытно-экспериментального исследования нами была разработана и реализована программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома.

ГЛАВА 3. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА

3.1 Программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома

Рабочая программа «Жизненный путь» [Приложение 3], создана с учетом требований детского дома МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск и возрастных и психологических особенностей испытуемых.

Цель программы: психолого-педагогическая коррекция антивитального поведения воспитанников детского дома.

Задачи:

1. Оказание воспитанникам детского дома психолого-педагогической коррекции антивитального поведения.

2. Формирование у воспитанников детского дома навыков самопомощи при проявлении факторов антивитального поведения.

3. Формирование у воспитанников детского дома позитивного самосознания собственной личности.

Принципы:

1. Единство коррекции и развития – решение о необходимости коррекционной работы принимается только на основе психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития воспитанников детского дома.

2. Единство возрастного и индивидуального в развитии – индивидуальный подход к воспитанникам детского дома в контексте их возрастного развития.

3. Единство диагностики и коррекции – задачи коррекционной работы могут быть поняты и поставлены только на основе полной

диагностики и оценки ближайшего вероятностного прогноза развития, который определяется исходя из зоны ближайшего развития.

4. Деятельностный принцип – принцип определяет выбор средств, путей и способов достижения поставленной цели.

5. Подход к коррекционной работе к каждому воспитаннику детского дома как к одаренному – подростки, с которыми проводится психокоррекционная работа, не должны восприниматься как люди «второго» сорта.

Контингент участников: воспитанники детского дома в возрасте 14-15 лет.

Методы: вопросы и ответы, фронтальный вопрос, диалог, игры, задания и упражнения, тренинги.

Наиболее значимой формой коррекционной работы является активное социальное обучение социально-важным навыкам, реализующаяся в форме групповых тренингов. В связи с этим, в коррекционной работе были использованы различные формы тренингов:

- тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию. В ходе тренинга изменяются установки на девиантное поведение, формируются навыки распознавания манипулятивных стратегий, развивается способность говорить «Нет» в случае давления сверстников, дается информация о негативном влиянии родителей и других взрослых (например, в случае, если они употребляют алкоголь) и т.д.;

- тренинг ассертивности или аффективно-ценностного обучения. Основан на представлении, что девиантное поведение непосредственно связано с эмоциональными нарушениями. Для предупреждения данной проблемы подростков учат распознавать эмоции, выражать их приемлемым способом и продуктивно справляться со стрессом. В ходе групповой психологической работы также формируются навыки принятий

решений, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей;

- тренинг формирования жизненных навыков. Под жизненными навыками понимаются наиболее важные социальные умения личности. Прежде всего это умение общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты в межличностных отношениях. Также это способность принимать на себя ответственность, ставить цели, отстаивать свою позицию и интересы. В работе с подростками данная модель тренинга является одной из наиболее перспективных.

Продолжительность: 5 занятий, проводимых 2 раза в неделю от 1,5 до 2 часов (10 часов) в течение одного месяца.

Ниже представим тему и цель каждого занятия.

Занятие №1 «Тревожность».

Упражнение №1 «Я испытываю тревогу, когда...»

Время: 15-20 минут.

Цель: выяснение ситуаций и ощущений подростков во время наступления тревожного состояния.

Упражнение №2 «Мои достоинства и недостатки».

Время: 30 минут.

Цель: принятие своих недостатков такими, какими они есть, дать обучающимся возможность продемонстрировать свои сильные стороны.

Упражнение №3 «Мусорное ведро».

Время: 20-30 минут.

Цель: преодоление своих тревожных состояний.

Занятие №2 «Фрустрация».

Упражнение №1 «Беседа».

Время: 15-20 минут.

Цель: выяснение ситуаций и ощущений подростков во время наступления состояния фрустрации.

Упражнение №2 «Мозговой штурм».

Время: 30-60 минут.

Цель: выработка стратегий для преодоления фрустрации.

Занятие №3 «Жизнеустойчивость».

Упражнение №1 «Жизнь».

Время: 10-20 минут.

Цель: определить для себя и для участников группы: «Что такое жизнь?».

Упражнение №2 «Магнетизм».

Время: 15-30 минут.

Цель: определить для себя и для участников группы: «Что такое жизнь?».

Упражнение №3 «Точка опоры».

Время: 10-15 минут.

Цель: укрепление жизнестойкости у воспитанников детского дома.

Занятие №4 «Депрессия».

Упражнение №1 «Ручной говор».

Время: 15-30 минут.

Цель: автоматизировать положительно окрашенные реакции на депрессивные ситуации.

Упражнение №2 «Розовый портрет».

Время: 15-30 минут.

Цель: автоматизировать положительно окрашенные реакции на депрессивные ситуации.

Занятие №5 «Стрессоустойчивость».

Упражнение №1 «Словесный эксперимент».

Время: 15-30 минут.

Цель: обучение воспитанников детского дома самообладанию в стрессовых ситуациях.

Упражнение №2 «Полнота дыхания».

Время: 10-15 минут.

Цель: обучение воспитанников детского дома релаксации при стрессе.

Упражнение №3 «Поезд».

Время: 15-20 минут.

Цель: эмоциональная разрядка воспитанников детского дома.

3.2 Анализ результатов формирующего эксперимента

Критерием эффективности реализации нашей программы является снижение, либо устранение наиболее распространенных факторов антивитального поведения и укрепление, либо развитие в подростках факторов витального поведения.

Продолжительность: 5 занятий, проводимых 2 раза в неделю от 1,5 до 2 часов (10 часов) в течение одного месяца.

В структуру программы психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома входят: вводная, основная и заключительная части.

Вводную часть составляет одно занятие и его цель – установление психологического контакта и сплочение группы на предстоящую работу, а также введение базового понятия «тревожность» и как с ним справляться.

В основную часть программы входит шесть занятий, направленных на укрепление, либо повышение наиболее распространенных факторов присущих витальному поведению (жизнеустойчивость, стрессоустойчивость, целеустремленность, независимость и т.д.); а также на снижение, либо преодоление факторов свойственных антивитальному поведению (фрустрация, депрессия, тревожность и т.д.)

В заключительную часть психолого-педагогической коррекционной программы антивитального поведения воспитанников детского дома входит одно занятие, целью которого является установление обратной связи, анализирование информации, формирование понятия о витальности и подведение итогов.

Занятия включали в себя различные тренинги, упражнения, игры.

На опытно-экспериментальном этапе так же был проведен контрольный эксперимент, который позволил выявить уровень склонности к антивитаьному поведению у воспитанников детского дома после реализации программы, направленной на коррекцию антивитаьного поведения. Нами были проведены три диагностические методики: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитаьного поведения», Опросник суицидаьного риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальнй тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, результаты которых представлены в таблице [Приложение 3, таблицы 4, 5].

Рассмотрим результаты, полученные с помощью методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитаьного поведения» на контрольном этапе эксперимента. Результаты представлены на рисунке 6.

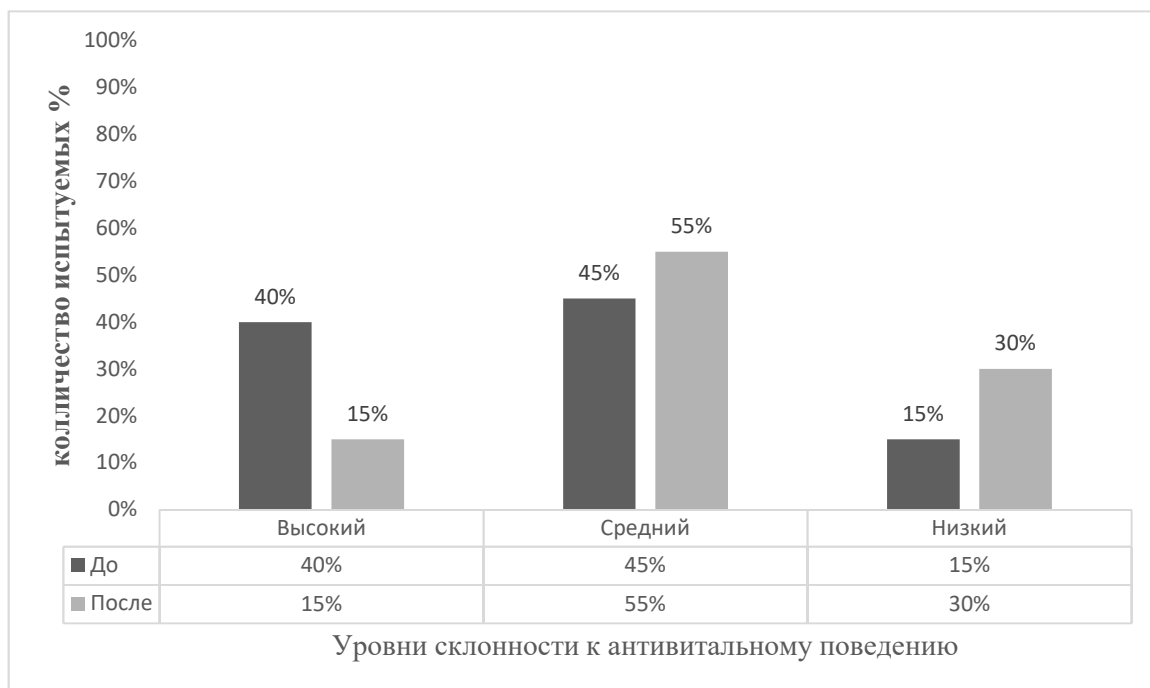


Рисунок 6 – Результаты диагностики развития склонности к антивитаьному поведению у воспитанников детского дома по методике О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитаьного поведения»

По данным полученным на контрольном этапе эксперимента мы видим, что высокий уровень склонности к антивитаьному поведению у

воспитанников детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании несколько снизился: с 40% до 15%. То есть всего у 3-х воспитанников по-прежнему была выявлена высокая склонность к антивитальному поведению. Данные воспитанники детского дома часто испытывают стресс, тревогу и т.д. Средний уровень склонности к антивитальному поведению повысился на 10% (с 45% до 55%). У данных воспитанников детского дома хоть и не часто, но всё равно проявляются какие-то переживания, тревожность, они любят побыть наедине с собой, много думают о жизни и т.д. Низкий уровень склонности к антивитальному поведению также вырос с 15% до 30%. У данных воспитанников детского дома чувство тревоги возникает крайне редко. Данные воспитанники активны, общительны, жизнерадостны. Это говорит о том, что показатели склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании, качественно снизились. Занятия, проведённые на формирующем этапе экспериментального исследования позволили укрепить у воспитанников детского дома самооценку, стрессоустойчивость, самообладание в стрессовых ситуациях, жизнестойкость, позволили выработать стратегий для преодоления фрустрации, научили воспитанников детского дома преодолевать свои тревожные состояния и т.д. Следовательно, мы можем говорить об эффективности проведенных с подростками занятий, направленных на коррекцию антивитального поведения у воспитанников детского дома.

Сравним результаты, полученные на контрольном этапе эксперимента по методике «Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева» (модификация Т.Н. Разуваевой)

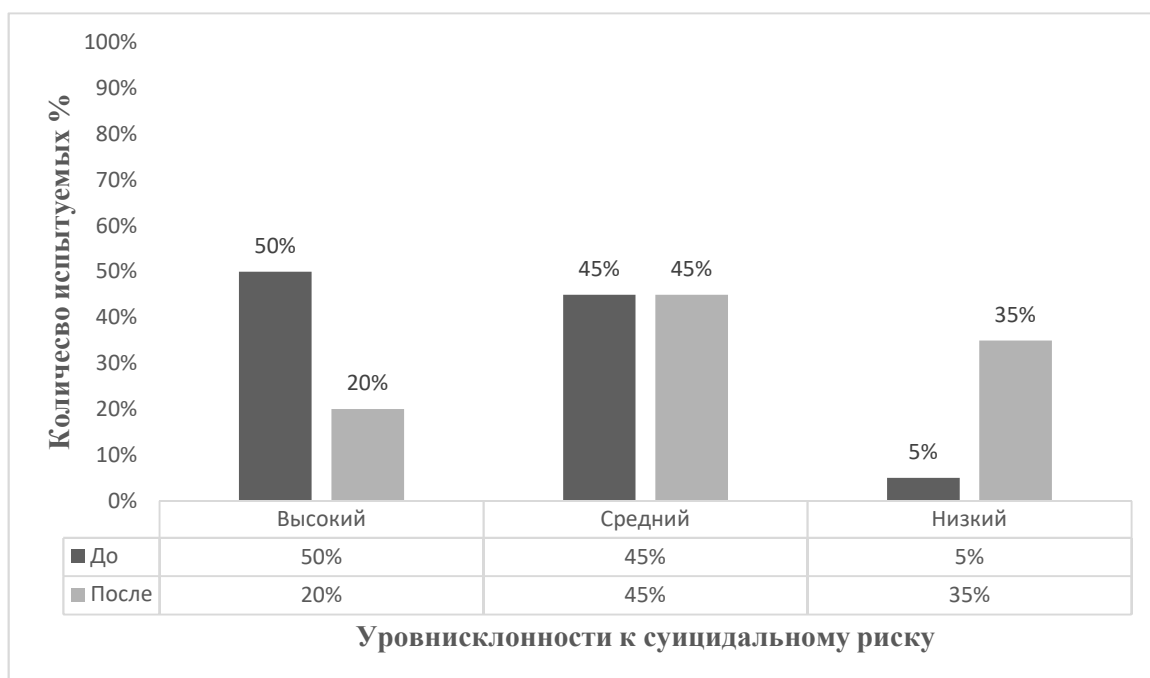


Рисунок 7 – Результаты диагностики склонностей к суицидальному риску у воспитанников детского дома по опроснику суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой)

Исходя из данных, полученных в ходе контрольной проверки уровня склонности к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) мы видим, что показатели высокого уровня склонности к суицидальному риску воспитанников детского дома, участвующих в эксперименте, резко снизилось с 50% до 20%. Это говорит о том, что, несмотря на то, что у большинства воспитанников детского дома уровень склонности к суицидальному риску стал ниже, всё же у 4х (20%) испытуемых по-прежнему наблюдается данный риск. Показатели низкого уровня склонности к суицидальному риску наоборот повысились и составляют 35% (7 человек) от всей группы, когда на начальном этапе эксперимента детей с низким уровнем склонности к суицидальному риску было всего 5% (1 воспитанник). Показатели среднего уровня склонности к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) остались неизменными и составляют 45% (9 воспитанников). Это говорит о том, что проведённая программа психолого-педагогической коррекции антивиталяного поведения

позвонила воспитанникам найти способы преодоления своих тревожных состояний, что в очередной раз подтверждает эффективность проведенных занятий, направленных на коррекцию антивиталяного поведения у воспитанников детского дома.

Рассмотрим результаты, полученные с помощью опросника социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева на контрольном этапе эксперимента. Результаты представлены на рисунке 8.

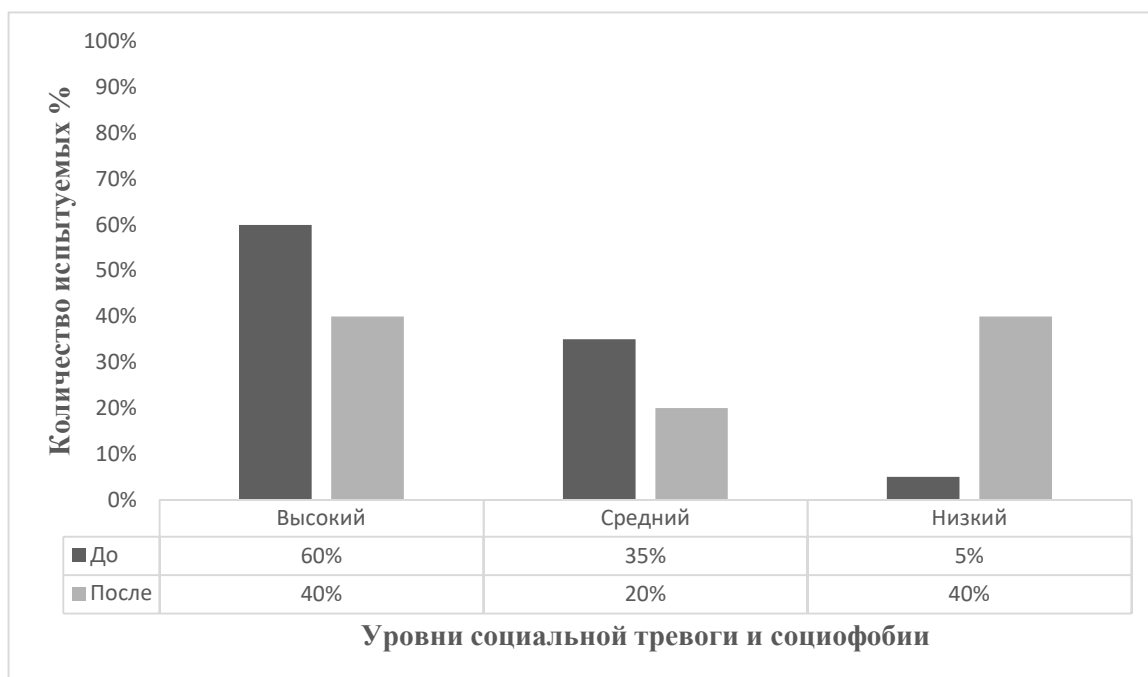


Рисунок 8 – Результаты диагностики социальной тревоги и социофобии у воспитанников детского дома по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева

Исходя из результатов, полученных в ходе контрольной проверки уровня социальной тревоги и социофобии, по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, мы видим, что показатели высокого и среднего уровня социальной тревоги и социофобии у воспитанников детского дома, принявших участие в нашем исследовании, значительно снизились. Так, высокий уровень склонности к социальной тревоги и социофобии был выявлен у 8 (40%) воспитанников детского дома). Средний уровень был выявлен у 4 (20%) воспитанников детского дома. Это говорит о том, что проведенная программа способствовала преодолению воспитанниками детского дома своих

тревожных состояний. Результаты низкого уровня социальной тревоги и социофобии резко выросли с 5% до 40%. Так, после проведения коррекционной программы низкий уровень склонности к социальной тревоги и социофобии был выявлен у 8 (40%) воспитанников детского дома. Данные испытуемые научились справляться со своими тревогами, находить выход из сложившейся ситуации, они научились принимать свои недостатки такими, какими они есть и т.д. Это вновь подтверждает эффективность проведенных занятий и упражнений, направленных на коррекцию антивитального поведения у воспитанников детского дома.

Для проверки эффективности программы, направленной на коррекцию антивитального поведения у воспитанников детского дома, был проведен расчет Т-критерия Вилкоксона по результатам методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения» которые представлены в приложении 3 в таблице 7 и на рисунке 9.

Можно ли утверждать, что значения, полученные в результате проведения методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», уровень склонности к антивитальному поведению на этапе констатирующего эксперимента и на этапе формирующего эксперимента будут иметь сдвиг в сторону уменьшения?

Сформулируем гипотезы:

H0: Интенсивность сдвигов в сторону уменьшения уровня склонности к антивитальному поведению не превышает интенсивности сдвигов в сторону ее увеличения.

H1: Интенсивность сдвигов в сторону уменьшения уровня склонности к антивитальному поведению превышает интенсивность сдвигов в сторону ее увеличения.

Сумма рангов равна 120, что соответствует расчетной формуле (1):

$$\sum R_1 = \frac{N(N+1)}{2} = \frac{15(15+1)}{2} = 120 \quad (1)$$

Подсчитываем сумму рангов не типичных значений по формуле (2):

$$T = \sum R \quad (2)$$

Где R , - ранговые значения сдвигов с более редким знаком.

Результат: $T_{эмп} = 7$

Критические значения T при $n=15$

Определяем критические значения T для $n=15$

$$T_{кр} = 30 \text{ при } p \leq 0,05$$

$$19 \text{ при } p \leq 0,01$$

Строим соответствующую ось значимости:

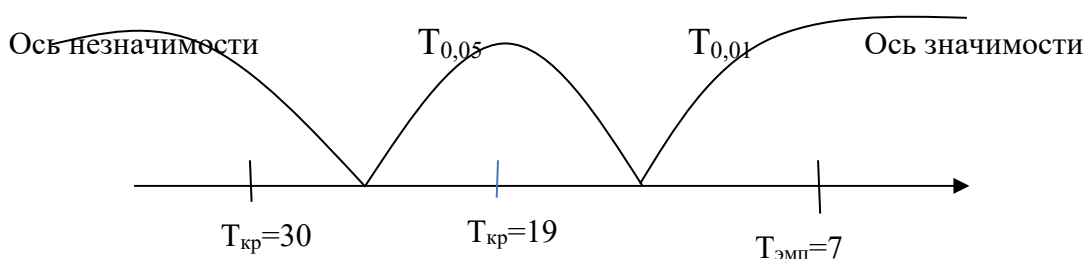


Рисунок 9 – Ось значимости

Вывод: Полученное значение $T_{эмп}$ находится в зоне значимости. Принимается гипотеза H_1 . Интенсивность сдвигов в сторону уменьшения уровня склонности к антивитальному поведению превышает интенсивность сдвигов в сторону ее увеличения.

Проведение исследования выявило, что у некоторых испытуемых произошли качественные изменения развития уровня склонности к антивитальному поведению, и это от части повлияло на общие данные. Занятия с воспитанниками детского дома, направленные на коррекцию антивитального поведения, позволили раскрыть потенциал каждого испытуемого данной выборки. Если продолжать вести занятия, направленные на коррекцию антивитального поведения и соблюдать рекомендации по его снижению, постепенно, произойдет снижение антивитального поведения воспитанников детского дома.

3.3 Психолого-педагогические рекомендации педагогам-психологам по снижению антивитального поведения воспитанников детского дома

Стоит сказать, что основой психолого-педагогической профилактики и коррекции антивитального поведения воспитанников детских домов могут быть эмоциональные и антивитальные поведенческие признаки [10, 46]. Например: беспокойство, разочарование, депрессия, стресс и т.д.

Результаты психолого-педагогической диагностики личности, обращения за помощью учителей и самих учеников, информация о попытках суицида также могут служить основой для профилактики и коррекции.

Работа педагога-психолога должна быть направлена на диагностику учащихся, находящихся в группе риска, на консультирование учащихся и их родителей или возможных законных представителей ученика, а также на информационную поддержку учителей и родителей по вопросам антинасильственного и суицидального поведения. Следует обратить внимание на:

1. признаки антинасильственного и суицидального поведения воспитанников детского дома с точки зрения поведения и эмоционального компонента личности.

2. Признаки самоповреждения.

3. Вовлечение воспитанников детских домов в так называемые "группы смерти" (несмотря на то, что, согласно статистике, частота самоубийств на данный момент составляет всего 5%, стоит отметить).

Профилактика и коррекция должна делиться на несколько уровней:

1. Первичную.

2. Вторичную.

3. Третичную.

Первичная профилактика должна обеспечиваться и осуществляться в основном классными руководителями, а также учителями-предметниками.

Основная цель, которую они должны соблюдать, - минимизировать возможные антивитаальные и суицидальные установки у психологически здоровых студентов и воспитать в них навыки жизнестойкости.

Вторичной профилактикой и коррекцией должны заниматься в основном педагоги-психологи или социальные педагоги. Их цель - решить наиболее важные проблемы подростка "группы риска" и уменьшить антивиктимизацию и суицидальные настроения в случае:

1. Тревожные состояния учащихся.
2. Депрессивные состояния.
3. Состояния фрустрации.
4. Стрессовые ситуации.
5. Эмоциональные перепады настроения и т.д.

Третичная профилактика должна проводиться среди студентов, переживших попытку самоубийства, а также среди их ближайшего окружения, чтобы предотвратить риск повторных самоубийств.

Основными направлениями работы психолога образования в этой области являются:

1. профилактические меры по установлению психологического контакта и сплочению группы.
2. Диагностика воспитанников детского дома "группы риска", а также воспитанников, переживших попытку суицида.
3. Консультирование учеников "группы риска", а также учеников, переживших попытку самоубийства, основная цель которого - помочь ученику овладеть ситуацией и предотвратить перерастание антижизненного поведения в суицидальное. Этапы такого консультирования должны быть следующими: активное слушание для определения серьезности состояния подростка; оценка объема работы; оценка ожиданий подростка.

4. Разработка индивидуальных рекомендаций для каждого из студентов "группы риска", а также для тех студентов, которые пережили попытку самоубийства.

Рекомендации для психологов образования по профилактике и коррекции антинасильственного и суицидального поведения должны быть следующими:

1. если возможно, работать над профилактикой антивиктимизирующего и суицидального поведения на своеобразном консилиуме. Хорошо, когда ответственность распределяется между несколькими специалистами.

2. помните, что любая демонстративная попытка самоубийства станет делом, которое потребует вашего вмешательства.

3. уделять больше внимания детям и молодым людям, которые уже совершали попытки самоубийства, а также тем, у кого в ближайшем окружении есть родственники с суицидальными наклонностями.

3.1 Если подросток в прошлом был госпитализирован в психиатрическое учреждение (особенно если это сопровождалось самоубийством), это также является признаком того, что в качестве профилактической меры необходимо проводить восстановительные сеансы.

3.2 Если родители данного подростка известны как социально требовательные, это также может привести к антивиктимизации, суицидальным тенденциям и т.д.

Воспитанники детских домов оказываются в особенно трудных условиях. Отсутствие института семьи, составляющего моральную основу, нравственные ценности, нормы и правила поведения в обществе, создает трудности для социального развития подростка.

Как правило, у подростков в детских домах наблюдаются психологические и поведенческие нарушения. Для них характерно агрессивное поведение, критическое отношение к себе, эмоциональная

неустойчивость, а также отсутствие интереса к работе, нежелание учиться и знакомиться с новым, склонность и часто наличие вредных привычек (курение, наркомания, употребление алкоголя, нецензурная брань и т.д.).

Необходимо внимательно относиться к поведению ребенка и его настроению с целью возможного раннего определения социально-психологической дезадаптации подростка и выявления факторов риска. Необходимо проводить оценку восприятия ребенком настоящего, прошлого и будущего, оценку выраженности одиночества, депрессии у подростков, степени выраженности физической агрессии, давать оценку эмоциональной нестабильности, импульсивности, нарциссической уязвимости.

В целях профилактики суицидального поведения психолог проводит индивидуальную и групповую работу по снятию негативных эмоций у подростков; помогает разобраться в чувствах и отношениях подростка с окружающими, обучает социальным навыкам и умениям преодоления стресса, оказывает подросткам социальную поддержку с помощью включения семьи, школы, друзей и т.д.

При необходимости организуются группы социально-психологического тренинга, а также психо-коррекционные занятия, направленные на повышение самооценки, развитие адекватного отношения к собственной личности, эмпатии и др. Раскрытию суицидальных тенденций во многом может помочь наблюдение за поведением детей, специально организованные опросы или тестирования.

Для предотвращения суицидальных попыток при наличии суицидального поведения необходимо:

- снять психологическое напряжение в психотравмирующей ситуации,
- уменьшить психологическую зависимость от причины, повлекшей суицидальное поведение,
- формировать компенсаторные механизмы поведения,

- формировать адекватное отношение к жизни и смерти.

В работе с суицидальными детьми очень важно быть уверенными, что вы в состоянии помочь. Необходимо сделать всё от вас зависящее, но не брать на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

В целях предупреждения антивиталяного поведения необходимо развивать следующие качества личности подростка:

1. Телесный уровень (приятие собственного тела, забота о своем теле, занятия спортом)

2. Эмоциональный уровень

- укрепление любви к себе, самоуважения и сочувствия другому

- развитие навыков осознания, вербализации и социально приемлемого способа отреагирования отрицательных эмоций.

3. Познавательный уровень

- смягчение юношеского максимализма

- развитие и укрепление позитивного мышления

4. Ценностный уровень

- осознание гуманистических ценностей, включая взаимопомощь, умение сопереживать другому,

- развитие ценностной сферы, ценностей и возможных смыслов жизни

5. Поведенческий уровень

- развитие способов преодоления трудных ситуаций: поиск помощи, поддержки у взрослых и сверстников, учителей, врачей, психологов.

- развитие коммуникативных навыков.

Положительная самооценка защищает подростков и молодых людей от психологического стресса и депрессии и помогает им лучше справляться со стрессовыми жизненными ситуациями.

Для повышения самооценки можно использовать следующие подходы:

1. всегда старайтесь подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще молодому человеку. Ощущение успеха, достижения в чем-то, в том числе и в прошлых успехах, улучшает самочувствие, повышает уверенность в себе и укрепляет веру в будущее.

2. не должно быть постоянного давления на подростка или молодого человека и чрезмерных требований все лучших и лучших результатов (в учебе, в жизни и т.д.).

3. Важно принимать подростков такими, какие они есть.

4. Поддерживать стремление молодого человека к независимости. Не судите их слишком строго. В целом, старайтесь быть менее критичными. Их независимость и навыки являются основой их самооценки.

5. Самооценка во многом зависит от физического развития и социальных навыков среди сверстников. Поощряйте занятия спортом и успехи среди друзей [25, 38, 42].

Вывод по третьей главе

В третьей главе раскрыты вопросы создания программы коррекции антивиталяного поведения воспитанников детского дома.

Рабочая программа «Жизненный путь», создана с учетом требований детского дома МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск и возрастных и психологических особенностей испытуемых.

Цель программы: психолого-педагогическая коррекция антивиталяного поведения воспитанников детского дома.

Наиболее значимой формой коррекционной работы является активное социальное обучение социально-важным навыкам, реализующаяся в форме групповых тренингов. В связи с этим, в коррекционной работе были использованы различные формы тренингов.

Программа коррекции антивиталяного поведения воспитанников детского дома состоит из 11 занятий, предназначенных для детей

подросткового возраста. Занятия проводились один раз в неделю и их продолжительность составляла 30-45 минут.

Занятия включали в себя различные тренинги, упражнения, игры.

По данным полученным на контрольном этапе эксперимента мы видим, что высокий уровень склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома, принявших участие в нашем опытно-экспериментальном исследовании несколько снизился: с 40% до 15%. Средний уровень склонности к антивитальному поведению на 10% (с 45% до 55%). Низкий уровень склонности к антивитальному поведению также вырос с 15% до 30%.

Исходя из данных, полученных в ходе контрольной проверки уровня склонности к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) мы видим, что показатели высокого уровня склонности к суицидальному риску воспитанников детского дома, участвующих в эксперименте, резко снизилось с 50% до 20%, а показатели низкого уровня склонности к суицидальному риску наоборот повысились и составляют 35% от всей группы, когда на начальном этапе эксперимента детей с низким уровнем склонности к суицидальному риску было всего 5%. Показатели среднего уровня склонности к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) остались неизменными и составляют 45%.

Исходя из результатов, полученных в ходе контрольной проверки уровня социальной тревоги и социофобии, по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, мы видим что показатели высокого и среднего уровня социальной тревоги и социофобии у воспитанников детского дома, принявших участие в нашем исследовании, значительно снизились. Высокий с 60% до 40%, средний с 30% до 20%, а результаты низкого уровня социальной тревоги и социофобии резко выросли с 5% до 40%.

Для проверки эффективности программы, направленной на коррекцию антивиталяного поведения у воспитанников детского дома, был проведен расчет Т-критерия Вилкоксона по результатам методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивиталяного поведения».

Полученное значение Тэмп находится в зоне значимости. Принимается гипотеза Н1. Интенсивность сдвигов в сторону уменьшения уровня склонности к антивиталяному поведению превышает интенсивность сдвигов в сторону ее увеличения.

Проведение исследования выявило, что у некоторых испытуемых произошли качественные изменения развития уровня склонности к антивиталяному поведению, и это от части повлияло на общие данные. Занятия с воспитанниками детского дома, направленные на коррекцию антивиталяного поведения, позволили раскрыть потенциал каждого испытуемого данной выборки. Если продолжать вести занятия, направленные на коррекцию антивиталяного поведения и соблюдать рекомендации по его снижению, постепенно, произойдет снижение антивиталяного поведения воспитанников детского дома.

В целом необходимо отметить, что воспитанники детского дома, принявшие участие в нашем экспериментальном исследовании, стали более жизнестойкими, менее тревожными.

Одной из рекомендаций педагогу-психологу стоит отметить, что при проведении психолого-педагогической коррекции антивиталяного поведения среди воспитанников детского дома необходимо больше внимания уделить разборам ситуаций предложенными самими воспитанниками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подростковый возраст рассматривается как этап развития личности, процесс перехода от зависимого, опекаемого детства, когда ребенок живет по особым правилам, установленным для него взрослыми к самостоятельной жизни. В это время складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера и способы эмоционального реагирования, которые в дальнейшем во многом определяют жизнь взрослого человека, его физическое и психическое здоровье. В возрасте 14-15 лет меняется система ценностей и интересов. В этом возрасте подростки тянутся ко всему необычному, часто увлекаются неформальными течениями. Внешне кризис возраста может проявляться в грубости, скрытности, нарочитости поведения, стремлении поступать наперекор требованию и желанию взрослых; в игнорировании замечаний, ухода от обычной сферы общения. Учёба в это время отходит на второй план.

Антивитальное поведение — это поведение, направленное против биологических потребностей человека, может носить характер пассивного и ненамеренного размышления и / или рисков в отношении здоровья мыслей и действий, напрямую не связанных с намерением свести счеты с жизнью. Опасность антивитального поведения состоит в том, что оно может трансформироваться в суицидальное. Антивитальное поведение может носить настолько саморазрушающее действие, что способствует более ранней физической смерти.

Признаки антивитального поведения:

- внутренние суицидальные мысли, замыслы, намерения;
- разговоры о смерти;
- намеки о своих намерениях;
- черный юмор на тему самоубийства;
- заинтересованность в вопросах смерти.

Организация исследования проблемы развития антивитального поведения воспитанников детского дома проходила в три этапа:

1. Поисково-подготовительный: проведен теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме изучения антивитального поведения воспитанников детского дома. Была уточнена цель, объект, предмет, задачи, методы и гипотеза исследования.

2. Опытно-экспериментальный: определено оптимальное содержание экспериментальной работы, ее структура и организационные формы, определен круг тематики, определена последовательность экспериментальных действий, подготовлено необходимое оборудование.

3. Контрольно-обобщающий: проведен анализ, обобщение и систематизация накопленных материалов, интерпретация полученных результатов и их оформление с помощью таблицы.

В исследовании использованы следующие методы: теоретические: анализ психолого-педагогической литературы, синтез, целеполагание, моделирование; эмпирические: констатирующий эксперимент.

Для выявления уровней склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома нами были использованы следующие методики: О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения», Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева.

В исследовании уровня склонности к антивитальному поведению у воспитанников детского дома на этапе констатирующего эксперимента участвовало 20 испытуемых 14-15 лет. Исследование проводилось в МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск.

С помощью методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения» было выявлено: 40% (8 испытуемых) с высоким уровнем склонности к антивитальному поведению; средний уровень склонности к антивитальному поведению

был выявлен у 45% (9 испытуемых), с низким уровнем склонности к антивита́льному поведению 15% (трое испытуемых).

С помощью опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) было выявлено, что 50% (10 испытуемых) имеют высокий уровень склонности к суицидальному риску; со средним уровнем склонности к суицидальному риску выявлено 45% (9 испытуемых); Низкий уровень склонности к суицидальному риску был выявлен у 5% (у 1-го испытуемого).

С помощью проведения опросника социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева было выявлено, что низкий уровень развития социальной тревоги и социофобии наблюдается у 1-го (5%) воспитанника детского дома, средний уровень развития социальной тревоги и социофобии – у 7 (35%) и высокий уровень развития социальной тревоги и социофобии был выявлен у 12 (60%) испытуемых.

Таким образом, результаты методик показали, что большая часть воспитанников детского дома имеет высокий и средний уровень склонности к антивита́льному поведению. Испытуемые нуждаются в проведении психолого-педагогической коррекции антивита́льного поведения.

Рабочая программа «Жизненный путь», создана с учетом требований детского дома МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск и возрастных и психологических особенностей испытуемых.

Цель программы: психолого-педагогическая коррекция антивита́льного поведения воспитанников детского дома.

Наиболее значимой формой коррекционной работы является активное социальное обучение социально-важным навыкам, реализующаяся в форме групповых тренингов. В связи с этим, в коррекционной работе были использованы различные формы тренингов.

Программа коррекции антивита́льного поведения воспитанников детского дома состоит из 11 занятий, предназначенных для детей

подросткового возраста. Занятия проводились один раз в неделю и их продолжительность составляла 30-45 минут.

Занятия включали в себя различные тренинги, упражнения, игры.

Исходя из результатов, полученных в ходе контрольной проверки уровня социальной тревоги и социофобии, по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, мы видим что показатели высокого и среднего уровня социальной тревоги и социофобии у воспитанников детского дома, принявших участие в нашем исследовании, значительно снизились. Высокий с 60% (12 чел.) до 40% (8 чел.), средний с 30% (6 чел.) до 20% (4 чел.), а результаты низкого уровня социальной тревоги и социофобии резко выросли с 5% (1 чел.) до 40% (8 чел.). Это вновь подтверждает эффективность проведенных занятий и упражнений, направленных на коррекцию антивиталяного поведения у воспитанников детского дома.

Для проверки эффективности программы, направленной на коррекцию антивиталяного поведения у воспитанников детского дома, был проведен расчет Т-критерия Вилкоксона по результатам методики О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивиталяного поведения».

Полученное значение Тэмп находится в зоне значимости - $T_{эмп} = 7$. Интенсивность сдвигов в сторону увеличения уровня склонности к антивиталяному поведению превышает интенсивность сдвигов в сторону ее уменьшения.

Из этого мы можем сделать вывод о том, что программы была проведена, однако гипотеза исследования подтвердилась частично. Это может быть связано с малым количеством занятий, маленькой выборкой испытуемых, индивидуальными особенностями воспитанников детского дома.

Проведение исследования выявило, что у некоторых испытуемых произошли качественные изменения развития уровня склонности к антивиталяному поведению, и это от части повлияло на общие данные.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абабков, В. И. Адаптация к стрессу [Текст] / Валентин Абабков. – М. Перре, 2014. – 170 с.
2. Абдрахимова, Р. Г. Инфантильность подростков и статистика подростковых суицидов в России [Текст] / Р. Г. Абдрахимова // Апробация. – 2019. – №11. – С. 79-81.
3. Абрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения [Текст]: метод, рекомендации / А. Г. Абрумова, В. А. Тихоренко. – М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 2020. – 55 с.
4. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения [Текст] / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – Москва: Юрайт, 2020. – 48 с.
5. Амбрумова, А. Г. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида [Текст] / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, Л. Л. Бергельсон // Вопросы психологии. – 2016. – №4. – С. 23-27.
6. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социальнопсихологической дезадаптации личности [Текст] / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. – 2018. – №2. – С. 6-28.
7. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита [Текст] / Людмила Анцыферова // Психологический журнал. – 2014. – № 1. – 160 с.
8. Бодров, В. А. Проблема преодоления стресса [Текст] : Часть 1: «Сорингстресс» и теоретические подходы к его изучению / Вячеслав Бодров. // Психологический журнал. – 2016. – Том 27.– № 1.– С. 123-133.
9. Бодров, В. А. Проблема преодоления стресса. [Текст] : Часть 2: Процессы и ресурсы преодоления стресса / Вячеслав Бодров // Психологический журнал. – 2016. – Том 27.– № 2. – С. 111-123.

10. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы [Текст] / Вячеслав Бодров. – М.: Юрайт, 2015. – 150 с.
11. Божович, Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе [Текст] / Лидия Божович // Вопросы психологии. – 2019. – № 4. – С. 116-124 с.
12. Бородин, С. В. Мотивы и причины самоубийств [Текст] / С. В. Бородин, А. С. Михлин // Актуальность проблемы суицидологии. – 2018. – №7. – С. 28-43.
13. Бочавер, С. К. SpringBehavior в системе понятий психологии личности [Текст] / Соффия Бочавер // Психологический журнал. – 2017. – Том 18. – № 5. – С. 91-100.
14. Ван Прааг, Г. М. Обманутые ожидания: почему антидепрессанты мало влияют на чистоту суицидальных проявлений? [Текст] / Г. М. Прааг Ван; перевод с нидерландского Е. Можяевой // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – №3. – С. 11-15.
15. Василюк, Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления психологических ситуаций [Текст] / Федор Василюк. – М.: Издательство московского университета, 2015. – 180 с.
16. Войцех, В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи [Текст] / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – №2. – С. 17-24.
17. Войцех, В. Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток [Текст] / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – №3. – С. 14-20.
18. Вроно, Е. М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики [Текст] : сб. науч. трудов / Е. М. Вроно // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – Москва, 2014. – С. 135-142.

19. Выготский, Л. С. Проблема высших интеллектуальных функций в системе психотехнического исследования. Переплетение филогенетической и культурной истории в онтогенезе [Текст] / Л. С. Выготский // Культурно-историческая психология. – 2007. – №3. – С. 105-111.
20. Выготский, Л. С. Психология развития как феномен культуры [Текст] / Л. С. Выготский; под ред. М. Г. Ярошевского. – Воронеж: Издательство «Мэдок», 1996. – 512 с.
21. Выготский, Л. С. Собрание сочинений [Текст]: в 6 т. Т. 1. / Л. С. Выготский. – Москва: Изд-во МГУ, 1982. – 435 с.
22. Гаврилова, Т. П. Экзистенциальный страх смерти и танатическая тревога [Текст]: методы исследования и диагностики / Татьяна Гаврилова // Прикладная психология. – 2015. – № 6. – 102 с.
23. Давыдов, А. А. Самоубийства, пол и золотое сечение [Текст] / А. А. Давыдов // Социологические исследования. – 2021. – №3. – С. 99-101.
24. Дмитриев, М. Г. Практикум по психодиагностике девиантного поведения у трудных подростков [Текст] / М. Г. Дмитриев. – СПб.: ПОНИ, 2018. – 263 с.
25. Долгова, В. И. Индивидуально-психологические детерминанты суицидального и антисуицидального поведения подростков [Текст] / В. И. Долгова, Ю. А. Рокицкая // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2016. – №3. – С. 107-110.
26. Дружинин, В. Н. Экспериментальная психология [Текст] / В. Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2021. – 320 с.
27. Дюркгейм, Э. Самоубийство [Текст]: социологический этюд / Э. Дюркгейм; под ред. В. А. Базарова. – Москва: Мысль, 1994. – 399 с.
28. Змановская, Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения личности [Текст] : учеб пособие для студ. высш. учеб. заведений / Елена Змановская. – М.: Академия, 2015. – 288 с.

29. Зотов, М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Текст] / М. В. Зотов. – СПб.: Речь, 2016. – 150 с.
30. Иванов, М. С. Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера [Текст] : хрестоматия / Михаил Иванов; Сост. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 2016. – 170 с.
31. Ильин, Е. П. Психология взрослости [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2012. – 544 с.
32. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства [Текст] / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 784 с.
33. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия [Текст] Т. 1-2 / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – 984 с.
34. Кон, И. С. Психология ранней юности [Текст] : кн. для учителя / Игорь Кон. – Москва : Просвещение, 2019. – 592 с.
35. Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире [Текст] / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск: Наука Сиб., 2020. – 222 с.
36. Костюкевич, В. П. Выявление суицидального риска у детей [Текст] / В. П. Костюкевич, А. А. Кучер // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2011. – № 3. – С. 32-39.
37. Крюкова, Т. Д. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения [Текст] / Татьяна Крюкова. // Психологический журнал. – 2015. – Том 26.– № 2. – 123 с.
38. Лабунская, В. А. Невербальное поведение [Текст] / Вера Лабунская. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 195 с.
39. Левин, К. Динамическая психология [Текст]: избранные труды / К. Левин. – Москва: Смысл, 2001. – 572 с.
40. Леонтьев, Д. А. Экзистенциальный смысл суицида : жизнь как выбор [Текст] / Д. А. Леонтьев // Московский психотерапевтический журнал. – 2014. – №4. – С. 58-82.

41. Либина, А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами [Текст] / Алена Либина // Стиль человека, психологический анализ. – М.: Смысл 2018. – 204 с.
42. Лигер, С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача [Текст] : дисс. на соиск. канд. психол. наук / Семен Лигер. – Бишкек, 2017. – 191 с.
43. Лукашук, А. В. Современная клинико-психологическая характеристика подростков, совершающих суицидальную попытку (обзор литературы) [Текст] / А. В. Лукашук // Университетская медицина Урала. – 2019. – № 1 (1). – С. 15-19.
44. Маленова, А. Ю. Особенности и личностные детерминанты копинг-поведения в ситуациях оценивания [Текст] : дисс. на соиск. канд. психол. наук / Арина Маленова. – Омск, 2017. – 209 с.
45. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения [Текст] : учебн. пособ / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2021. – 432 с.
46. Мухина, В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество [Текст] : учебник для студ. / Валерия Мухина. – 5-е изд., стер. – М.: Академия, 2020, – 453 с.
47. Нартова-Бочавер, С. К. «Copingbehavior» в системе понятий психологии личности [Текст] / София Натарова-Бочавер // Психологический журнал. – 2017. – Том 18. – № 5. – С. 121-130 с.
48. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей [Текст] / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Питер, 2020. – 254 с.
49. Павлова, Т. С. Копинг-стратегии подростков с антивитальными переживаниями [Текст] / Т. С. Павлова // Психологическая наука и образование. – 2018. – №1. – С. 42-59.

50. Парфенова, А. А. Типологические особенности суицидального пациента [Текст] / А. А. Парфенова // Социологические исследования. – 2019. – №4. – С. 108-116.
51. Попов, Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков [Текст] / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 24-28.
52. Прихожан, А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности [Текст] / Анна Прихожан // Психологическая наука и образование. - 2018. –№ 2. – С. 115-110.
53. Прихожан, А. М. Формы и маски тревожности. Влияние тревожности на деятельность и развитие личности [Текст] / Анна прихожан; ред. В.М. Астапов. – СПб.: Питер, 2017. – 156 с.
54. Пурич-Пейякович, Й. Самоубийство подростков [Текст] / Й. Пурич-Пейякович, Д. Й. Дуньич. – М.: Медицина, 2020. – 168 с.
55. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика [Текст] / Д. Я. Райгородский. – Москва: Бахрах-М, 2011. – 672 с.
56. Розанов, В. А. Нейробиологические основы суицидальности [Текст] / В. А. Розанов, А. Н. Моховиков, Д. Вассерман // Украинский медицинский журнал. – 2009. – №6(14). – С. 25-30.
57. Розанов, В. А. Перспективы предикции суицидального поведения [Текст] / В. А. Розанов // Клинико-лабораторный консилиум. – 2020. – №1. – С. 53-40.
58. Сагалакова, О. А. Нарушение когнитивной регуляции аффекта в ситуации социального оценивания при антивитальной направленности поведения [Текст] / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2019. – 158 с.
59. Сагалакова, О. А. Психологические механизмы антивитальной настроенности личности [Электронный ресурс] / О. А. Салагакова // Universum: Психология и образование: электрон. науч. журн. – 2019. –

[https://7universum.com/pdf/psy/10\(9\)/Sagalakova.pdf](https://7universum.com/pdf/psy/10(9)/Sagalakova.pdf) – Загл. с экрана.

60. Селье, Г. Стресс жизни [Текст] / Ганс Селье. – Минск : Харвест, 2019. – 167 с.

61. Симатова, О. Б. Первичная психолого-педагогическая профилактика аддиктивного поведения подростков в условиях средней общеобразовательной школы [Текст] : дисс. доктора псих. наук / Оксана Симатова. – Иркутск, 2018. – 67 с.

62. Сирота, Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение как проблема наркологии [Текст] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2016. – № 1. – С. 74-80.

63. Сирота, Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма [Текст]: учебн. пособ. / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. – М.: Академия, 2015. – 176 с.

64. Тышкова, М. Исследование устойчивости детей и подростков в трудных ситуациях [Текст] / Мария Тышкова // Вопросы психологии. – 2017. – № 1. – С. 129-134.

65. Титкова, Л. С. Математические методы в психологии [Текст]: учеб. пособие / Л. С. Титкова. – Владивосток: Издательство Дальневосточного университета, 2002. – 140 с.

66. Тихоренко, В. А. Классификация суицидальных проявлений [Текст] / В. А. Тихоренко // Актуальные проблемы суицидологии. – 2018. – №4. – С. 59-71.

67. Тутушкина, М. К. Психологическая помощь и консультирование [Текст] / М. К. Тутушкиной. – С-Пб.: Питер, 2021. – 482 с.

68. Хазова, С. А. Совладающее поведение одаренных старшеклассников [Текст] / Светлана Хазова // Психологический журнал. – 2015. – Том 25.– № 5. – 107 с.

69. Холмогорова, А. Б. Суицидальное поведение в студенческой популяции [Текст] / А. Б. Холмогорова // Культурно-историческая психология. – 2019. – №3. – С. 101-110.

70. Шишковец, Т. А. Осложненное поведение подростков причины, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция [Текст] / Т. А. Шишковец. – М.: 5 за знания, 2016. – 192 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методики диагностики антивитального поведения у воспитанников
детского дома

Методика №1 О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитального поведения»

Тестирование позволяет не только получить диагностическую информацию, но и обратить внимание тестирующегося на те ресурсы и психологические средства, которые можно использовать при столкновении со стрессорами, в том числе, в ситуациях социального оценивания, фрустрации самооценки. Согласно обратной реакции после тестирования, психологическая диагностика способствовала психоэдукативному и отчасти терапевтически-рефлексивному эффекту, что также является задачей формирования жизнестойкости. Если тестируется школьник, то в вопросах, содержащих условие «школа/учебное заведение», в бланке опросника остается понятие «школа» («учебное заведение» удаляется), если другое учебное заведение — наоборот.

Инструкция к Опроснику: Оцените, насколько Вы согласны с данными утверждениями? Долго не задумывайтесь над ответом.

Варианты ответа: 0 — нет, 1 — скорее нет, 2 — скорее да, 3 — да.

Пункты Опросника

1. Можно с уверенностью сказать, у меня есть надежные друзья.
2. Я стараюсь не доверять людям, так как они могут предать.
3. Даже среди других людей я чувствую себя одиноко.
4. У меня есть цель в жизни.
5. В моей жизни есть опыт, когда со мной жестоко обращались близкие люди.
6. После какой-нибудь неудачи я долго думаю о том, что произошло.
7. Моя жизнь не имеет большого значения для меня.
8. Мне кажется, что настоящая жизнь проходит мимо меня.
9. У меня случаются такие конфликты со сверстниками, после которых я долго не могу прийти в себя.
10. К моим друзьям я могу обратиться с любым затруднением – они помогут.
11. Я считаю, что могу справиться с возникающими в жизни трудностями.
12. Временами я чувствую такую обиду и душевную боль, что хочется кричать.
13. Я обсуждаю с членами своей семьи то, что меня беспокоит.
14. В классе надо мной смеются и издеваются другие ученики.
15. Мои родители любят меня, несмотря ни на что.
16. В моей семье есть те, кто меня оскорбляет и унижает.
17. Мне проще общаться в социальных сетях, чем в реальной жизни.
18. Когда я сравниваю свои достижения с достижениями других, то понимаю, что окружающие гораздо более успешны.
19. В моей школе/учебном заведении есть учителя/преподаватели, к которым я могу обратиться за помощью, что бы ни случилось.
20. Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной.
21. Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль.
22. В школе/учебном заведении я могу высказать свою точку зрения, и меня выслушают.
23. Иногда тревожные мысли о том, что случилось в школе/учебном заведении, мешают мне заснуть.
24. Если кто-то надо мной подшутил, я никогда больше не смогу
25. Мне очень трудно смириться, если мне говорят «нет», когда я хочу чего-то от других людей.
26. Перед контрольными или экзаменами я думаю, что мне не хватило 1-2 дней для подготовки.
27. Считаю, чтобы расслабиться и снять напряжение в общении, можно выпить алкогольный напиток.
28. Когда я слышу критику в свой адрес и насмешки, мне хочется что-то разбить или даже ударить «обидчика».
29. Сейчас в моей жизни есть трудности, которые мне мешают сосредоточиться на учебе.
30. Я стремлюсь во всем достичь совершенства, быть «первым».
31. Бывает, я думаю о том, чтобы исчезнуть из жизни.
32. Когда я встречаюсь с трудной ситуацией, я обдумываю несколько способов разрешения.
33. Чтобы привлечь внимание к своим проблемам, я могу нанести себе ущерб/рискнуть своим здоровьем.
34. Меня вызывали к директору за плохое поведение.
35. Иногда я чувствую себя лишним и никому не нужным человеком.
36. Я получаю достаточно уважения в школе/учебном заведении.
37. Даже когда мы ссоримся, я знаю, что моя семья любит меня.
38. Иногда я думаю о том, как бы жили другие, если бы меня не было.
39. Я могу поднять себе настроение тем, нахожу в повседневных делах что-то приятное.
40. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела.
41. В трудной ситуации я сначала обдумываю разные варианты, прежде чем решить, как поступлю.
42. Из-за конфликтов с родными мне хотелось уйти из дома.
43. Как правило, я учусь с удовольствием.
44. Я прихожу в отчаяние, когда что-то не ладится.
45. Моя мама (или бабушка) готова выслушать меня и поддержать во всем.
46. У меня был опыт публичного унижения в группе (перед большим количеством людей).
47. Никто по-настоящему не понимает меня.
48. Мне очень трудно смириться, если мне говорят «нет», когда я хочу чего-то от других людей.
49. Перед контрольными или экзаменами я думаю, что мне не хватило 1-2 дней для подготовки.
50. Считаю, чтобы расслабиться и снять напряжение в общении, можно выпить алкогольный напиток.
51. Когда я слышу критику в свой адрес и насмешки, мне хочется что-то разбить или даже ударить «обидчика».
52. Сейчас в моей жизни есть трудности, которые мне мешают сосредоточиться на учебе.
53. Я стремлюсь во всем достичь совершенства, быть «первым».
54. Бывает, я думаю о том, чтобы исчезнуть из жизни.
55. Когда я встречаюсь с трудной ситуацией, я обдумываю несколько способов разрешения.
56. Чтобы привлечь внимание к своим проблемам, я могу нанести себе ущерб/рискнуть своим здоровьем.
57. Меня вызывали к директору за плохое поведение.
58. Иногда я чувствую себя лишним и никому не нужным человеком.
59. Я получаю достаточно уважения в школе/учебном заведении.
60. Даже когда мы ссоримся, я знаю, что моя семья любит меня.
61. Иногда я думаю о том, как бы жили другие, если бы меня не было.
62. Я могу поднять себе настроение тем, нахожу в повседневных делах что-то приятное.

**Методика №2 Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева
(модификация Т.Н. Разуваевой)**

Цель: экспрессдиагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением "+", в случае несогласия с утверждением "-".

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.

15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.

16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.

17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.

18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.

20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.

21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.

23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.

24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.

25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.

26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.

27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.

28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.

29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается

вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. **Демонстративность.** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.

2. **Аффективность.** Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.

3. **Уникальность.** Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. **Несостоятельность.** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".

5. **Социальный пессимизм.** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно

связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".

6. **Слом культурных барьеров.** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".

7. **Максимализм.** Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. **Временная перспектива.** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. **Атисуицидальный фактор.** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Методика №3 «Опросник социальной тревоги и социофобии»

О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева

Психодиагностический Опросник социальной тревоги и социофобии (далее ОСТиСФ, либо — Опросник) предназначен для дифференциальной диагностики, определения доминирующего типа социальной тревоги, выраженности отдельных аспектов проявления страха оценивания в разных ситуациях. Результаты диагностики целесообразно использовать при индивидуальном или групповом консультировании в русле когнитивно-поведенческого подхода по проблеме социофобии, социальной тревоги и ее субклинических проявлений (застенчивость, неловкость в общении в разных ситуациях оценивания). ОСТиСФ включает 29 пунктов, сформулированных в виде вопросов, на которые требуется ответить по 4-балльной шкале согласия-несогласия: 1 — нет, 2 — скорее нет, 3 — скорее да, 4 — да. Каждый из пунктов содержит указание на определенный тип ситуации оценивания (выступление перед аудиторией, проверка знаний, знакомство/общение с противоположным полом, оформление документов, беседа с начальником, телефонный разговор, примерка одежды, посещение кафе / столовой). Методика измеряет выраженность социальной тревоги и социофобии в молодом возрасте (от 16 до 30-35 лет). Ранее показано, что после 30-35 лет социальная тревога может снижаться за счет усвоенного к этому времени опыта активного взаимодействия в разных социальных ситуациях, нормального процесса взросления и опосредствования поведения во множестве оценочных ситуаций, а также постепенного снижения вероятности участия в новых экспертных ситуациях оценивания с высокой вероятностью критики. К 30-35 годам человек уже имеет определенный социальный статус и устойчивые стратегии совладания со стрессом оценивания, позволяющие преодолевать тревогу и нерешительность при самопредъявлении.

Однако может быть и «негативный сценарий» развития событий — наличие высокой социальной тревоги, социофобии после 30-35 лет может трансформироваться в более тяжелые коморбидные формы проявления (депрессия, тревожно-депрессивные расстройства, соматоформные расстройства, зависимые состояния и т.д.), при этом диагностика первичной социальной тревоги становится затруднительна. Это происходит вследствие хронической неудовлетворенности, нарушения адаптации и самореализации [3; 4].

Ключ к ОСТиСФ.

Ключ к Опроснику состоит из двух этапов, каждый из которых может быть использован независимо друг от друга в соответствии с целями психодиагностики. Первый этап — оценка общей выраженности социальной тревоги или социофобии и оценка вероятности возникновения разных стратегий эмоционально-когнитивного и поведенческого реагирования в ситуациях оценивания, общей склонности к дезадаптации, редукции самореализации. Второй этап оценивает выраженность разных проявлений социальной тревоги в ряде ситуаций оценивания. Этот этап анализа результатов методики целесообразен для получения более детальной диагностической информации, последующего психологического консультирования по специфическим проявлениям социальной тревоги.

Этап 1. оценка выраженности социальной тревоги и социофобии.

За ответы 1 — «нет» начисляется 0 баллов, за ответы «2» — 1 балл, за ответы «3» — 2 балла, за ответы «4» — 3 балла. Далее подсчитывается суммарный балл по всем пунктам. При подсчете суммы баллов по ключу 0 оказывается минимальным баллом (все ответы «нет»), 87 — максимально возможный балл (все ответы «да»).

29 — 30 баллов — среднее в выборке и мужчин, и женщин.

Достоверных различий в ответах мужчин и женщин на пункты Опросника не обнаружено, за исключением 14 пункта (Оформление документов для Вас мучительно...), женщины склонны в большей степени отвечать «нет» на данный вопрос, мужчины — «скорее нет» (критерий Манна-Уитни: $U=62$ при $p=0,041$). Ответы «скорее да» и «да» редко наблюдаются в любой случайной выборке. В случае ответов «скорее да» и «да» на 14 пункт можно говорить о наличии аномалии личности по типу легкой декомпенсации, ригидности в селективности внимания в ситуации оценивания, снижения сочувствия к окружающим, непонимание других и их потребностей, своеобразное восприятие оценочных критериев другого, несензитивность к социальному подтексту (черты параноидности, шизотипии, асоциальности). Итак, ответ «скорее да» и «да» на 14 пункт указывает на вероятное наличие личностной патологии, на фоне которой проявляется социальная тревога (социофобия), в случае если общая выраженность социальной тревоги (социофобии) высокая, — можно говорить о наличии коморбидности при выраженных симптомах социофобии. Описание выраженности социальной тревоги и социофобии по результатам тестирования имеют смысл только при отсутствии у испытуемого неадекватного отношения к процедуре, отсутствии неадекватной установки на тестирование.

Количество баллов от 0 до 15 свидетельствуют о невыраженной социальной тревоге, социальной смелости и инициативности в большинстве социальных ситуаций, социальной адаптированности, отсутствии страха в ситуации самопредъявления.

Количество баллов от 16 до 30 — промежуточная зона между социальной смелостью во многих ситуациях оценивания и эпизодическими проявлениями социальной тревоги в экспертных ситуациях оценивания (формальных и/или интимно-личностных), от 31 до 39 баллов — умеренно повышенная социальная

тревога. В ситуации сильного стресса выраженность социальной тревоги может увеличиваться.

От 40 баллов и выше — повышенная социальная тревога. Могут возникать проблемы в социальной адаптации, трудности установления контактов или отдельные социальные страхи в специфических ситуациях. Характерны опасения критики, отвержения, не доходящие, однако, до полного избегания данных ситуаций.

От 50 баллов и выше — высокая социальная тревога, тенденции к избеганию социальных ситуаций, сильное напряжение при участии в специфических социальных ситуациях, вероятно декомпенсация в значимых ситуациях критики, потенциально негативного оценивания. Вероятны социальные страхи отдельных аспектов социальной ситуации (окружающие увидят признаки волнения, работать под наблюдением, проявить инициативу в каких-то ситуациях, пр.). Субъективно переживается нехватка коммуникативных навыков, недостаток коммуникативной смелости при одновременном выраженном желании самопредъявления и активной социальной самореализации в разных сферах жизни. Возможны попытки оттянуть участие в экспертных ситуациях на какое-то время, мысли об избегании, которые реализуются лишь частично.

От 60 баллов и выше — клиническая социофобия. Характерны множественные страхи оценивания в ситуациях самопредъявления разного типа, сильное эмоциональное и физическое напряжение, тенденция к избеганию, самоизоляция или зависимые состояния, страх проявления инициативы в отдельных или во множестве социальных ситуаций. Социальная ситуация с наличием экспертного оценивания воспринимается как стрессовая, участие в ней непреодолимо, несет в себе субъективную угрозу социальному престижу (статусу) субъекта в виде отвержения, публичного осмеяния, критики, негативного

отношения. При этом сохраняется выраженная потребность в успешном участии в социальных ситуациях (мотив достижения).

От 70 баллов и выше — клиническая социофобия в декомпенсации, повышена вероятность коморбидных расстройств и поведенческих рисков. Депрессия при таком уровне социофобии встречается зачастую более чем в 80% случаев (умеренная или глубокая). Кроме того, вероятна коморбидность по типу злоупотребления психоактивными веществами, наличие суицидальных мыслей и/или поведения. Возможны проявления внешней или внутренней агрессии, в зависимости от преморбидного типа личности и актуального «жизненного пространства» испытуемого, вероятна склонность к декомпенсации по психопатическому типу с использованием ригидных дезадаптивных алгоритмов реагирования в ситуации (изоляция, избегание, обесценивание, самоуничтожение и пр.). В оценочной стрессовой ситуации легко теряет самообладание. Характерно снижение опосредствования над аффективными реакциями, переживание острой изоляции от других при выраженной потребности в определенном круге общения и успехе в отдельных социальных сферах, мотивации достижения. Выражены множественные когнитивные «искажения» (черно-белое мышление, селективное абстрагирование, генерализация, глобализация негативного опыта), психическая ригидность и метакогнитивные искажения (руминации, самофокусировка внимания, блокирование тревоги)). Характерно наличие неадаптивных убеждений о том, как окружающие негативно воспринимают испытуемого в тех или иных ситуациях оценивания (общение с противоположным полом, выступление перед аудиторией, беседа с начальником, работа под наблюдением, пр.). При таком уровне выраженности социофобии диагностируется патологический круг тревоги, приводящий к хронической дезадаптации, систематическому

затруднению самореализации. Испытуемый не видит возможностей конструктивно изменить ситуацию, переживает беспомощность.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Результаты опытно-экспериментального исследования уровня
антивитального поведения у воспитанников детского дома на
констатирующем этапе

Таблица 1 – Распределение уровней развития склонности к
антивитальному поведению по методике О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева
«Диагностика антивитального поведения»

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень склонности к антивитальному поведению
Настя. К.	2	Низкий
Лена. Б.	5	Высокий
Серёжа. Р.	5	Высокий
Андрей. И.	3	Средний
Никита. А.	5	Высокий
Алёна. Д.	3	Средний
Карина. М.	4	Средний
Кирилл. В.	2	Низкий
Виталий. Ш.	5	Высокий
Олеся. К.	4	Средний
Саша. Б.	4	Средний
Саша. Т.	3	Средний
Юля. Р.	5	Высокий
Юра. П.	5	Высокий
Вова. Н.	5	Высокий
Гриша. В.	4	Средний
Галя. М.	4	Средний
Марина. Р.	2	Низкий
Стёпа. Л.	3	Средний
Ярослав. П.	5	Высокий

Высокий – 8 человек (40%)

Средний – 9 человек (45%)

Низкий – 3 человека (15%)

Таблица 2 – Распределение уровней склонностей к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой)

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень склонности к суицидальному риску
Настя. К.	2	Средний
Лена. Б.	3	Высокий
Серёжа. Р.	2	Средний
Андрей. И.	3	Высокий
Никита. А.	2	Средний
Алёна. Д.	3	Высокий
Карина. М.	2	Средний
Кирилл. В.	2	Средний
Виталий. Ш.	2	Средний
Олеся. К.	3	Высокий
Саша. Б.	3	Высокий
Саша. Т.	3	Высокий
Юля. Р.	2	Средний
Юра. П.	2	Средний
Вова. Н.	3	Высокий
Гриша. В.	3	Высокий
Галя. М.	1	Низкий
Марина. Р.	2	Средний
Стёпа. Л.	3	Высокий
Ярослав. П.	3	Высокий

Высокий – 10 человек (50%)

Средний – 9 человек (45%)

Низкий – 1 человек (5%)

Таблица 3 – Распределение уровней социальной тревоги и социофобии по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень социальной тревоги и социофобии
Настя. К.	1	Низкий
Лена. Б.	3	Высокий
Серёжа. Р.	3	Высокий
Андрей. И.	2	Средний
Никита. А.	2	Средний
Алёна. Д.	3	Высокий
Карина. М.	3	Высокий
Кирилл. В.	2	Средний
Виталий. Ш.	3	Высокий
Олеся. К.	3	Высокий
Саша. Б.	2	Средний
Саша. Т.	3	Высокий
Юля. Р.	3	Высокий
Юра. П.	2	Средний
Вова. Н.	3	Высокий
Гриша. В.	3	Высокий
Галя. М.	3	Высокий
Марина. Р.	2	Средний
Стёпа. Л.	3	Высокий
Ярослав. П.	2	Средний

Высокий – 12 человек (60%)

Средний – 7 человек (35%)

Низкий – 1 человек (5%)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Программа психолого-педагогической коррекции антивитального поведения воспитанников детского дома

Рабочая программа «Жизненный путь» [Приложение 3], создана с учетом требований детского дома МБУ СО "Центр помощи детям" г. Нязепетровск и возрастных и психологических особенностей испытуемых.

Цель программы: психолого-педагогическая коррекция антивитального поведения воспитанников детского дома.

Задачи:

1. Оказание воспитанникам детского дома психолого-педагогической коррекции антивитального поведения.
2. Формирование у воспитанников детского дома навыков самопомощи при проявлении факторов антивитального поведения.
3. Формирование у воспитанников детского дома позитивного самосознания собственной личности.

Принципы:

1. Единство коррекции и развития – решение о необходимости коррекционной работы принимается только на основе психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития воспитанников детского дома.
2. Единство возрастного и индивидуального в развитии – индивидуальный подход к воспитанникам детского дома в контексте их возрастного развития.
3. Единство диагностики и коррекции – задачи коррекционной работы могут быть поняты и поставлены только на основе полной диагностики и оценки ближайшего вероятностного прогноза развития, который определяется исходя из зоны ближайшего развития.

4. Деятельностный принцип – принцип определяет выбор средств, путей и способов достижения поставленной цели.

5. Подход к коррекционной работе к каждому воспитаннику детского дома как к одаренному – подростки, с которыми проводится психокоррекционная работа, не должны восприниматься как люди «второго» сорта.

Контингент участников: воспитанники детского дома в возрасте 14-15 лет.

Методы: вопросы и ответы, фронтальный вопрос, диалог, игры, задания и упражнения, тренинги.

Наиболее значимой формой коррекционной работы является активное социальное обучение социально-важным навыкам, реализующаяся в форме групповых тренингов. В связи с этим, в коррекционной работе были использованы различные формы тренингов:

- тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию. В ходе тренинга изменяются установки на девиантное поведение, формируются навыки распознавания манипулятивных стратегий, развивается способность говорить «Нет» в случае давления сверстников, дается информация о негативном влиянии родителей и других взрослых (например, в случае, если они употребляют алкоголь) и т.д.;

- тренинг ассертивности или аффективно-ценностного обучения. Основан на представлении, что девиантное поведение непосредственно связано с эмоциональными нарушениями. Для предупреждения данной проблемы подростков учат распознавать эмоции, выражать их приемлемым способом и продуктивно справляться со стрессом. В ходе групповой психологической работы также формируются навыки принятия решений, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей;

- тренинг формирования жизненных навыков. Под жизненными навыками понимаются наиболее важные социальные умения личности.

Прежде всего это умение общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты в межличностных отношениях. Также это способность принимать на себя ответственность, ставить цели, отстаивать свою позицию и интересы. В работе с подростками данная модель тренинга является одной из наиболее перспективных.

Продолжительность: 5 занятий, проводимых 2 раза в неделю от 1,5 до 2 часов (10 часов) в течение одного месяца.

Занятие №1 «Тревожность».

Ритуал приветствия «Меня зовут... Я люблю себя за то, что...».

Время: 5-10 минут.

Цель: установление психологического контакта, сплочение группы и повышение самооценки у воспитанников детского дома.

Описание: Каждый поочередно говорит две фразы «Меня зовут...» и «Я люблю себя за то, что...»

Упражнение №1 «Я испытываю тревогу, когда...».

Время: 15-20 минут.

Цель: выяснение ситуаций и ощущений подростков во время наступления тревожного состояния воспитанников детского дома.

Описание: Каждый из подростков, по очереди, должен закончить предложение «Я испытываю тревогу, когда...» Обсуждение: Что вы чувствуете в тот момент, когда вам тревожно? Нужно ли избавляться от тревожного состояния?

Упражнение №2 «Мои достоинства и недостатки».

Время: 30 минут.

Цель: принятие своих недостатков такими, какими они есть, дать воспитанником детского дома возможность продемонстрировать свои сильные стороны.

Описание: Каждому участнику выдается лист бумаги и ручка. Есть необходимость разделить лист на две колонки: «Мои достоинства» и «Мои недостатки». В колонку «Мои недостатки» записать все недостатки, что вы

считаете в себе в данный момент, а затем напротив каждого недостатка напишите свое достоинство.

Обсуждение: Круговое обсуждение.

Упражнение №3 «Мусорное ведро».

Время: 20-30 минут.

Цель: преодоление своих тревожных состояний.

Описание: В данном упражнении необходимо нарисовать, что или кто тревожит вас на данный момент времени (человек, ситуация). Если есть на то необходимость, то можно нарисовать его корявым, скрюченным. После этого необходимо смять и разорвать лист на мелкие кусочки и выбросить в мусорное ведро.

Обсуждение: Каковы ощущения каждого из вас после выполненного упражнения? (Круговое обсуждение).

Ритуал прощания.

Время: 10-15 минут.

Цель: расслабление и получение обратной связи.

Описание: Встаньте прямо, руки поднимите вверх. Вытянитесь и напрягитесь, чтобы почувствовать это всем телом. В таком состоянии задержитесь на несколько минут, чтобы привыкнуть к напряжению и даже устать от него. Представьте, что вы заморожены. Теперь вообразите, что над вами появилось солнце, а его лучи начали вас греть. Начните медленно «таять» под невидимыми лучами. Сначала расслабьте кисти, потом предплечья, затем плечи, потом шею, затем тело, а потом и ноги. Расслабьтесь полностью. Обсуждение: Что понравилось на занятии? Что получилось/не получилось? Какое упражнение показалось сложным?

Занятие №2 «Фрустрация»

Ритуал приветствия «Клубок»

Время: 5-10 минут

Цель: установление психологического контакта, сплочение группы, развитие памяти и снятие напряженности

Описание: Участникам группы предлагается по очереди назвать свое имя и добавить к нему какое-либо прилагательное, которое будет начинаться на первую букву имени обучающегося. Следующий в очереди участник занятия должен назвать предыдущих участников, каждого со своим прилагательным, а затем и себя.

Упражнение №1 «Беседа»

Время: 15-20 минут

Цель: выяснение ситуаций и ощущений подростков во время наступления состояния фрустрации

Описание: «Каждый человек в своей жизни в какой-то момент переживает чувства напрямую связанными с несбывшимися надеждами. Скажите, какие эмоции и чувства вы испытывали в своей жизни в похожих условиях или, может быть, переживаете прямо сейчас?»

Обсуждение: «Да, такое состояние не из приятных, и мы все испытываем то, о чем вы только что говорили. В похожих состояниях мы делаем и говорим то, что никогда бы ни говорили. Часто обвиняем и делаем саркастические замечания...»

Упражнение №2 «Мозговой штурм»

Время: 30-60 минут

Цель: выработка стратегий для преодоления фрустрации

Описание: Проблема: Как, по-вашему, мы можем преодолеть фрустрацию? Затем последуют этапы генерации идей (в малых группах) и отбор и оценка идей, которые предложили группы

Обсуждение: И все-таки, как мы можем преодолеть фрустрацию? Какую пользу можно извлечь из неудачи? Попробуйте сравнить собственные неудачи с чужими еще большими проблемами. Всегда ли мы понимаем то, к чему безуспешно стремимся, не так уж хорошо, и потому не ненужно?

Ритуал прощания

Время: 10-15 минут

Цель: получение обратной связи

Обсуждение: Что понравилось на занятии? Что получилось/не получилось? Какое упражнение показалось сложным?

Занятие №3 «Жизнеустойчивость»

Ритуал приветствия «Триада»

Время: 5-10 минут

Цель: установление психологического контакта, сплочение группы и снятие напряженности

Описание: Каждый из обучающихся по очередности представляется в группе с помощью триады, которая состоит из: имени, любимого блюда, наименование города. Загвоздка в том, что все три слова должны начинаться на первую букву, что и имя участника. Наименование блюда и города не должны повторяться.

Упражнение №1 «Жизнь»

Время: 10-20 минут

Цель: определить для себя и для участников группы: «Что такое жизнь?»

Описание: Участником занятия необходимо продолжить фразу: Жизнь – это...
Обсуждение: Почему вы выбрали такое определение слова «жизнь»?

Упражнение №2 «Магнетизм»

Время: 15-30 минут

Цель: определить для себя и для участников группы: «Что такое жизнь?»

Описание: Исходное положение участников – каждый из них обхватывает себя руками (прикрывая локти ладонями), закрывает глаза. Ведущий занятия включает музыку и просит начать движение, при этом, через определенные промежутки времени называя команды: Однополюсные (встретившиеся участники отскакивают друг от друга), Разнополюсные (прилипают друг к другу), Размагничивание (продолжение движения).

Обсуждение: Как вы думаете, почему мы с вами провели такое упражнение и как оно связано с понятием «жизнь»?

Упражнение №3 «Точка опоры»

Время: 10-15 минут

Цель: укрепление жизнестойкости у воспитанников детского дома.

Описание: Поразмышлять над следующими высказываниями: В мире есть по крайней мере три человека, которые любят тебя; Единственная причина, по которой кто-то не любит тебя – это то, что он хочет быть таким же как и ты; Кто-то не мог бы жить без тебя; Когда ты думаешь, что мир отвернулся от тебя, взгляни: скорее всего это ты отвернулся от него.

Обсуждение: О чем, по-вашему, эти слова?

Ритуал прощания

Время: 10-15 минут

Цель: получение обратной связи

Обсуждение: Что понравилось на занятии? Что получилось/не получилось? Какое упражнение показалось сложным?

Занятие №4 «Депрессия»

Ритуал приветствия

Время: 3-5 минут

Цель: установление психологического контакта и снятие напряженности

Описание: Участникам группы предлагается закончить следующие фразы: «Мне хочется доставлять радость...», «Моя жизнь прекрасна потому, что...», «Я делюсь своей радостью с...», «В жизни мне помогает...», «Когда мне трудно, я...», «Я доставляю радость...», «Меня любят за то, что...»

Упражнение №1 «Ручной говор»

Время: 15-30 минут

Цель: автоматизировать положительно окрашенные реакции на депрессивные ситуации

Описание: Участники группы делятся на пары. В каждой выбирается ведущий и ведомый (в процессе упражнения – меняются). Они закрывают глаза и находят ладони друг друга. Теперь ведущий должен попробовать

своей рукой что-то передать руке ведомого: фразу или мысль. Можно прикоснуться, тереть, сжимать и т.д. Затем, после понимания ведомым мыслей ведущего он передает ее другой руке ведущего. Меняются.

Обсуждение: Как удалось поговорить с партнером? Поняли ли вы друг друга? Что вы чувствовали в тот момент? Что легче – говорить или понимать?

Упражнение №2 «Розовый портрет»

Время: 15-30 минут

Цель: автоматизировать положительно окрашенные реакции на депрессивные ситуации

Описание: У каждого участника группы есть розовый карандаш. Все становятся в круг: внешний и внутренний. Кто стоит напротив рисует соседа около 30 секунд и по сигналу ведущего меняются местами.

Обсуждение: Трудно ли было рисовать и почему? Нужно ли все воспринимать серьезно?

Упражнение №3

Время: 5-10 минут

Цель: укрепление самооценки участников группы
Описание: Участники группы в порядке очереди говорят о своем соседе что-либо замечательное и хвалиться своим соседом перед остальными. Затем сосед дает обратную связь, то есть тоже хвалиться своим соседом.

Ритуал прощания

Время: 10-15 минут

Цель: получение обратной связи

Обсуждение: Что понравилось на занятии? Что получилось/не получилось? Какое упражнение показалось сложным?

Занятие №5 «Стрессоустойчивость»

Ритуал приветствия «Имитация»

Время: 5-10 минут

Цель: активизация обучающихся и создание группового настроения на работу

Описание: Необходимо рассчитаться на первый-второй. Первым номерам необходимо делать хлопок в ладоши и два притопа, а вот вторым – два хлопка и один притоп. Движения участников должны повторяться в порядке их расчета. Сначала необходимо выполнять медленно, постепенно ускоряя темп.

Упражнение №1 «Словесный эксперимент».

Время: 15-30 минут.

Цель: обучение самообладанию в стрессовых ситуациях.

Описание: «Предвыпускной класс, можно сказать, один из очень ответственных моментов. В будущем вас ожидают экзамены и это – одно из серьезных испытаний. При помощи следующего упражнения мы разберем некоторые приемы, которые вы можете применять при подготовке к экзаменам». Каждому обучающемуся выдается карточка, на которой написан определенного рода текст с хаотичным содержанием. Задание: прочитать текст за 30 секунд.

Обсуждение: Смогли ли вы сразу справиться с заданием и что вам было необходимо, чтобы справиться с ним? Что, по-вашему, такое самообладание и как его можно развить?

Упражнение №2 «Полнота дыхания».

Время: 10-15 минут.

Цель: обучение релаксации при стрессе.

Описание: Необходимо дышать через нос так, чтобы сначала заполнялась нижняя часть легких (втягивание живота во время дыхания), затем средняя часть легких (расширение области ребер) и верхняя их часть. Медленно выдохните.

Упражнение №3 «Поезд»

Время: 15-20 минут

Цель: эмоциональная разрядка обучающихся.

Описание: Необходимо построится друг за другом, руки положить на плечи впереди стоящего. Стоящий впереди всех выполняет роль машиниста поезда и лишь только он с открытыми глазами ведет состав: медленно, но постепенно ускоряясь. Необходимо провести весь состав так, чтобы он не расцепился в ходе движения. Можно провести данное упражнение несколько раз, меняя машиниста.

Ритуал прощания

Время: 10-15 минут

Цель: получение обратной связи

Обсуждение: Что понравилось на занятии? Что получилось/не получилось? Какое упражнение показалось сложным?

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Результаты диагностики уровня склонности к антивитаальному поведению
у воспитанников детского дома на контрольном этапе

Таблица 4 – Распределение уровней развития склонности к антивитаальному поведению по методике О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева «Диагностика антивитаального поведения»

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень развития склонности к антивитаальному поведению
Настя. К.	1	Низкий
Лена. Б.	3	Средний
Серёжа. Р.	5	Высокий
Андрей. И.	2	Низкий
Никита. А.	4	Средний
Алёна. Д.	2	Низкий
Карина. М.	3	Средний
Кирилл. В.	1	Низкий
Виталий. Ш.	5	Высокий
Олеся. К.	3	Средний
Саша. Б.	4	Средний
Саша. Т.	2	Низкий
Юля. Р.	4	Средний
Юра. П.	4	Средний
Вова. Н.	5	Высокий
Гриша. В.	3	Средний
Галя. М.	3	Средний
Марина. Р.	1	Низкий
Стёпа. Л.	3	Средний
Ярослав. П.	4	Средний

Высокий – 3 человека (15%)

Средний – 11 человек (55%)

Низкий – 6 человек (30%)

Таблица 5 – Распределение уровней склонностей к суицидальному риску по результатам опросника суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой)

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень склонности к суицидальному риску
Настя. К.	1	Низкий
Лена. Б.	2	Средний
Серёжа. Р.	1	Низкий
Андрей. И.	2	Средний
Никита. А.	1	Низкий
Алёна. Д.	3	Высокий
Карина. М.	2	Средний
Кирилл. В.	1	Низкий
Виталий. Ш.	1	Низкий
Олеся. К.	2	Средний
Саша. Б.	3	Высокий
Саша. Т.	2	Средний
Юля. Р.	1	Низкий
Юра. П.	2	Средний
Вова. Н.	3	Высокий
Гриша. В.	2	Средний
Галя. М.	2	Средний
Марина. Р.	1	Низкий
Стёпа. Л.	2	Средний
Ярослав. П.	3	Высокий

Высокий – 4 человека (20%)

Средний – 9 человек (45%)

Низкий – 7 человек (35%)

Таблица 6 – Распределение уровней социальной тревоги и социофобии по методике «Опросник социальной тревоги и социофобии» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева

Имя ребенка	Количество баллов	Уровень социальной тревоги и социофобии
Настя. К.	1	Низкий
Лена. Б.	3	Высокий
Серёжа. Р.	2	Средний
Андрей. И.	1	Низкий
Никита. А.	1	Низкий
Алёна. Д.	3	Высокий
Карина. М.	2	Средний
Кирилл. В.	1	Низкий
Виталий. Ш.	3	Высокий
Олеся. К.	3	Высокий
Саша. Б.	1	Низкий
Саша. Т.	3	Высокий
Юля. Р.	3	Высокий
Юра. П.	1	Низкий
Вова. Н.	2	Средний
Гриша. В.	3	Высокий
Галя. М.	3	Высокий
Марина. Р.	1	Низкий
Стёпа. Л.	2	Средний
Ярослав. П.	1	Низкий

Высокий – 8 человек (40%)

Средний – 4 человека (10%)

Низкий – 8 человек (40%)