



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

О.В. Токарь
Е.Ю. Шпаковская

**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ. РАЗРАБОТКА
КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск
2016

Рецензенты:

врач психиатр-нарколог высшей категории, врач-психотерапевт,
заведующий лечебно-реабилитационным отделением
ГБУЗ «Областной наркологический диспансер»

И.Ю. Бочкарева

доктор педагогических наук,
профессор кафедры педагогики,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический
университет им. Г.И. Носова»

Л.И. Савва

Токарь О.В., Шпаковская Е.Ю.

Психопрофилактика и психокоррекция аддиктивного поведения. Разработка коррекционно-профилактических программ [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Оксана Владимировна Токарь, Елена Юрьевна Шпаковская ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,82 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплин «Профилактика и терапия аддиктивного поведения» и «Проектирование и разработка развивающих программ для детей и подростков». Содержит краткое изложение теоретических основ проблемы аддиктивного поведения в детском и подростковом возрастах; организации профилактической и коррекционной работы с аддиктивными личностями; разработки коррекционно-профилактических программ для детей и подростков. Практическая часть представляет собой серию заданий, встроенных в блочную систему и направленных на освоение проектной деятельности в рамках изучаемых дисциплин.

Пособие предназначено для обучающихся по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, профиль Психология здоровья в образовании (уровень магистратуры); обучающихся по направлению подготовки: 44.03.02 Психолого-педагогическое образование, профилям: Психологическое сопровождение образования, Психология образования, Социальная психология (уровень бакалавриата); обучающихся по направлению подготовки 37.03.01 Психология (уровень бакалавриата) и специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности.

УДК 159.98

© Токарь О.В., Шпаковская Е.Ю., 2016
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2016

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	2
1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ	3
2. ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ	8
2.1. Понятие, виды и направления психологической профилактики.....	8
2.2. Основные направления и формы профилактики аддикций.....	9
2.3. Теории предупреждения аддикций	11
3. КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	14
3.1. Понятие, виды и принципы психокоррекционной работы	14
3.2. Коррекционные подходы в психологической работе с химическими и нехимическими зависимостями.....	18
3.2.1. Коррекционные подходы в работе с химическими зависимостями	18
3.2.2. Коррекционные подходы в работе с нехимическими зависимостями	23
4. РАЗРАБОТКА КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИХ И КОРРЕКЦИОННО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ	29
4.1. Организация коррекционно-развивающей и коррекционно-профилактической работы	29
4.2. Модели коррекционно-развивающей и коррекционно-профилактической работы..	30
4.3. Структура коррекционного занятия	31
4.4. Документация по коррекционной работе	32
5. ПРАКТИКУМ ПО РАЗРАБОТКЕ КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ (ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ).....	33
5.1. Работа над теоретическим обоснованием коррекционно-профилактической работы, включая психодиагностику нарушений (первый блок)	34
5.2. Освоение компетенций по разработке коррекционно-профилактических программ (второй блок).....	35
5.3. Закрепление компетенций по разработке коррекционно-профилактических программ (третий блок).....	37
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	38

ВВЕДЕНИЕ

В представленном пособии осуществлена систематизация сведений о содержании и организации психопрофилактической и психокоррекционной работы с аддиктивной личностью. Представленные материалы соответствуют современному уровню развития психологической теории и практики, демонстрируют возможные способы реализации знаний, умений и навыков в работе психолога в рамках деятельности психологической службы образовательных учреждений.

Данное пособие, уделяя значительное внимание проблемам психологической помощи, коррекции аддиктивных нарушений в поведении, основной акцент делает на возможностях практической психологии содействовать эффективной адаптации и социализации аддиктивной личности на каждом возрастном этапе.

Используемые в пособии теоретические положения приобретает четко выраженный практический аспект благодаря ориентированности материала на проектирование и разработку коррекционных и профилактических программ. В пособии достаточно подробно рассматривается структура, содержание, методическое оснащение и этапы реализации подобных программ. Кроме того, представлен практикум, позволяющий пошагово освоить технологию проектирования и разработки разного рода программ с коррекционно-профилактической и коррекционно-развивающей направленностью. В качестве опытного материала выступает проблематика химических, нехимических и промежуточных аддикций.

Освоение материала предполагает изучение теоретических аспектов проблемы аддиктивного поведения; ознакомление с прикладными знаниями в области проектирования и разработки коррекционно-профилактических и других программ и практическую отработку умений и навыков. Работа с практикумом предусматривает индивидуальную и групповую проектную деятельность. Представленный в пособии теоретический и практический материал направлен на формирование соответствующих профессиональных компетенций.

Учебно-методическое пособие рассчитано на обучающихся по психологическому и психолого-педагогическому направлениям подготовки бакалавриата и магистратуры.

Предложенный в пособии материал позволяет обучающимся освоить дисциплины «Профилактика и терапия аддиктивного поведения» и «Проектирование и разработка развивающих программ для детей и подростков», а также будет полезен при освоении ряда смежных дисциплин.

1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Аддикция (англ. addiction —пристрастие, пагубная привычка)— ощущаемая человеком навязчивая потребность в определённой деятельности.

В медицинском плане, зависимость — навязчивая потребность в использовании привычных стимулов, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами.

Поведенческая аддикция в психологии — состояние сознания человека, характеризующееся привязанностью к определенной деятельности, неспособность самостоятельно её прекратить.

В МКБ-10 расстройства зависимого (аддиктивного) поведения не выделены в отдельную рубрику. Классификация психических и поведенческих расстройств выделяет и позволяет диагностировать следующие формы поведения, которые можно отнести к зависимым:

F1 — Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ:

F10 алкоголя

F11 опиоидов

F12 каннабиноидов

F13 седативных и снотворных

F14 кокаина

F15 стимуляторов, включая кофеин

F16 галлюциногенов

F17 табака

F18 летучих растворителей

F5 — Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

F50 — расстройства приема пищи:

- ...нервная анорексия;
- ...нервная булимия;

F55 —злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости:

- ...антидепрессантами;
- ...слабительными;
- ...анальгетиками;
- ... средствами снижения кислотности;
- ... витаминами;
- ... стероидами или гормонами;
- ... специфическими травами и народными средствами.

F60.7 — Зависимое расстройство личности.

F63 — Расстройства привычек и влечений:

- патологическая склонность к азартным играм (гемблинг);
- патологические поджоги (пиромания);

- патологическое воровство (клептомания);
- трихотилломания.

F64 — расстройства половой идентификации:

- трансвестизм двойной роли.

F65 — расстройства сексуального предпочтения (парафилии):

- фетишизм;
- фетишистский трансвестизм;
- эксгибиционизм;
- вуайеризм;

Классификация аддикций (Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева):

1. Нехимические аддикции:
 - ✓ гэмблинг (страсть к азартным играм),
 - ✓ интернет-аддикция,
 - ✓ любовная аддикция,
 - ✓ сексуальная аддикция,
 - ✓ аддикция отношений (созависимость),
 - ✓ работогольная аддикция,
 - ✓ шопинг (аддикция к трате денег),
 - ✓ ургентная аддикция и т.д.
2. Химические аддикции:
 - ✓ алкоголизм,
 - ✓ наркомания и токсикомания.
3. Промежуточная группа:
 - ✓ аддиктивное переедание,
 - ✓ аддиктивное голодание.

Не все виды зависимости включены в классификацию психических расстройств.

В целом, аддикции условно можно разделить на «химические» (субстанциональные) — называемые также физической зависимостью и поведенческие зависимости (несубстанциональные, психологические).

Таблица 1

Общая характеристика основных аддикций

Тип аддикций	Вид аддикции	Характеристика видов аддиктивного поведения
Химические аддикции	Алкогольная	Алкоголизм — хроническая психическая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками. Психологическая зависимость от алкоголя строится на фиксации ощущения, что алкоголь вызывает желаемый эффект. Выделяют основные дифференцированные эффекты алкоголя. К ним относится эйфоризирующий эффект, вызывающий повышенное настроение; транквилизирующий (атарактический), способность алкоголя вызывать релакс, кайф-эффект, состояния, сопровождающиеся стимуляцией воображения, уход в сферу мечтаний, отрыв от реальности, отрешенность. Психологическая

Тип аддикций	Вид аддикции	Характеристика видов аддиктивного поведения
		зависимость от алкоголя начинается тогда, когда употребление алкоголя во многом теряет символический характер. Помимо психологической зависимости развивается физиологическая зависимость.
	Наркотическая, токсическая	Термин «наркомания» используют по отношению к употреблению веществ, изменяющих психическое состояние, которые зарегистрированы как наркотики, «токсикомания» - при употреблении веществ, в этом качестве не зарегистрированных.
	Никотиновая зависимость	Комплекс психических, физиологических, поведенческих расстройств, которые спровоцированы потреблением табака в любом виде.
Нехимические (поведенческие аддикции)	Игровая, гемблинг, лудомания, кибераддикция	Гемблинг (патологическая склонность к азартным играм F63.0 по МКБ-10) «заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этой сфере»
	Эротические, любовные, избегания	Любовная аддикция— это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они получили название соаддиктивных, или созависимых. Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность, как в положительном, так и в отрицательном отношении. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т.д. Аддикция избегания – уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любовным аддиктом). Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любовным аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любовным аддиктом — они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.
	Сексуальные	Компульсивное половое поведение Для сексуальной аддикции характерны: 1) неспособность контролировать сексуальные импульсы; 2) вредные последствия этого поведения, хотя, как правило, сам сексуальный аддикт это отрицает; 3) неуправляемость в других областях жизни; 4) усиление частоты импульсов с течением времени; 5) симптомы абстиненции при воздержании.

Тип аддикций	Вид аддикции	Характеристика видов аддиктивного поведения
	Работоголизм	Представляет собой бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фиксацией на работе. При этом работа не представляет собой того, что она выполняет в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не является и одной из составных частей его жизни — она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности.
	Спортивная, упражнений, тренировок.	Аддикция упражнений – тяга к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими (напр., толерантность/отмена) и/или психологическими (напр., тревога, депрессия) симптомами.
	Отношений, межличностная фанатизм	Межличностная аддикция характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты отношений создают «группу по интересам». Члены этой группы постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями. Фанатизм – это увлечение какой-либо деятельностью, достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и «растворением» индивидуальности. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как религия (религиозный фанатизм), спорт (спортивный фанатизм) и музыка (музыкальный фанатизм). Фанатизм характеризуется выработкой человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказании всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность.
	К покупкам, ониомания, шопоголизм	Компульсивный шопинг – проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом, характерен широкий спектр негативных эмоций, свойственных аддиктам, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки.
	К модификации собственного	Влечение к повторным модификациям тела, становящееся неуправляемым и приносящими негативные последствия для жизни и здоровья,

Тип аддикций	Вид аддикции	Характеристика видов аддиктивного поведения
	тела,	социального функционирования и межличностных отношений. Модификации могут быть обратимыми – ношение одежды, украшений, боди-арт, манипуляции с волосами и т.п. и необратимыми – шрамирование, татуаж, вживление инородных предметов, модификации губ, груди, языка, пальцев, повторные косметические операции. Ведущим мотивом является получение удовольствия от производимого изменения облика, которое частично связано с сексуальным влечением.
	Религиозная	Зависимость от религиозных организаций. Хотя религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом, безусловно, обладают секты, причем секты тоталитарные, применяющие разнообразные психотехники при вербовке неопитов и проведении религиозных ритуалов.
	Интернет-аддикция	Две формы Интернет-аддикции: 1) специфическое патологическое использование Интернета – зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайновые сексуальные службы, онлайновые аукционы, онлайн-продажа акций, онлайн-гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета: 2) генерализованное патологическое использование Интернета- неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели, общение в чатах, зависимость от электронной почты, т.е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета.
	Технологическая, гаджет-аддикция, гаджетомания	Безудержное стремление к покупке новых технологических «игрушек» в сочетании с полным нежеланием контролировать затраты на их приобретение и эксплуатацию. В процессе освоения и использования гаджета у человека улучшается самочувствие и возникает ощущение эйфории. Как следствие, человек не может оторваться от любимого устройства и посвящает его использованию все больше и больше времени. Имеющиеся устройства быстро приедаются, а в отсутствие возможности регулярно приобретать новые гаджеты возникает ощущение пустоты, развивается депрессия, все чаще возникают конфликты с друзьями и членами семьи, начинаются проблемы на работе.
Промежуточные аддикции	Пищевые аддикции, нервная анорексия, нервная	Общими для них являются следующие параметры: 1) озабоченность контролем веса собственного тела; 2) искажение образа своего тела; 3) изменение ценности питания в иерархии ценностей. Систематическое переизбыток или, напротив,

Тип аддикций	Вид аддикции	Характеристика видов аддиктивного поведения
	булимия	навязчивое стремление к похуданию, вычурная избирательность в еде, изнурительная борьба с «лишним весом», увлечение все новыми и новыми диетами.

Аддиктивное поведение — одна из форм деструктивного (разрушительного) поведения, стремление уйти от реальности путем изменения своего психического состояния приемом некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций.

Прибегая к формам аддиктивного поведения, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия. Аддиктивные стратегии поведения как правило, вызваны трудностями адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложным социально-экономическим условиям, многочисленным разочарованиям, крушением идеалов, конфликтам в семье и на производстве, утрате близких, резкой смене привычных стереотипов. Хроническая неудовлетворенность реальностью приводит к бегству в мир фантазий, обретению пристанища в сектах, руководимых властными, демагогичными религиозными или политическими лидерами, или же в группировках, приверженных поклонению какому-либо кумиру: рок-группе, спортивной команде или другим «звездам», замене реальных жизненных ценностей и ориентиров искусственными, виртуальными.

Разрушительный характер аддикции проявляется в том, что в этом процессе устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями (особенно при химических зависимостях, азартных играх, бродяжничестве и т.п.).

Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными. Способы аддиктивной реализации из средства постепенно превращаются и цель.

По мнению Ц.П.Короленко, отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, когда человек оказывается в ловушке из-за постоянного ухода от реальной действительности.

Основными психологическими признаками любой зависимости является триада:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (об алкоголизме, наркотиках);
- отрицание как форма психологической защиты;
- утрата контроля.

Совершенно очевидно, что для человека и общества не все виды аддиктивного поведения равнозначны по последствиям.

2. ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Понятие, виды и направления психологической профилактики

Психологическая профилактика - это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение у детей и подростков возникновения отклонений в психическом развитии, социально-психологической и личностной дезадаптации.

На сегодняшний день выделяется три вида профилактической работы:

Первичная психопрофилактика, направленная на психологически благополучных людей и заключается в предотвращении у них возникновения психических нарушений, их обострений, социально-психологической и личностной дезадаптации.

Вторичная психопрофилактика, направленная на людей, имеющих какие – либо отдельные нарушения психического или личностного развития и заключается в предупреждении неблагоприятного течения нарушений, неадекватного реагирования на него со стороны самого человека.

Третичная психопрофилактика, направленная на людей, имеющих какие-либо серьезные, и, как правило, системные нарушения. Работа заключается в борьбе с самоизоляцией человека, с его стремлением отделиться от других людей, с сопротивлением против включения в полноценную социальную жизнь.

Профилактическая работа может принимать различные формы, основными из которых являются психопрофилактическая диагностика, развивающая работа с детьми и подростками, тренинговые занятия с педагогами и т.д. *Психопрофилактическая диагностика* осуществляется в форме скринингового обследования всех детей и подростков (чаще с помощью метода экспертных оценок) с целью выявления группы риска и планирования дальнейшей коррекционно-развивающей работы с ними. *Развивающая работа* обладает серьезным профилактическим потенциалом, так как вовремя актуализированные и целенаправленно развиваемые психические и личностные качества позволяют находиться подростку в рамках возрастной нормы или же опережать ее.

Важным профилактическим условием является психоэмоциональная стабильность педагогов, работающих с подростками. В связи с этим, психопрофилактика нервных срывов у педагогов становится одним из направлений работы психолога. С этой целью используются тренинговые и релаксационные занятия, обучение педагогов способам саморасслабления.

Итак, психологическая профилактика является одним из наименее разработанных направлений работы психолога. Тем не менее, именно это направление выходит сегодня на первые позиции, т.к. современная практическая психология постепенно отходит от констатации и коррекции уже возникших дефектов развития к разработке превентивных мер, позволяющих опередить формирование отклонений. Развитие личности и межличностных отношений сопряжено с множественными факторами риска, поэтому организация профилактической работы в этом направлении важна и необходима.

2.2. Основные направления и формы профилактики аддикций

Профилактика аддиктивного поведения представляет собой сложнейшую проблему междисциплинарного характера, затрагивающую практически все социальные институты – образование, здравоохранение, культуру, юстицию и др.

Профилактика зависимого поведения рассматривается в виде преимущества над реабилитацией зависимых лиц и сопровождением выздоравливающих.

Классификации профилактических вмешательств:

- универсальные - для каждого человека;
- селективные - преимущественно против определенного заболевания; селективная профилактика – это мотивация потребителей группы риска на изменение поведения.
- индикативные - учитывающие уже имеющийся фон здоровья, влияние других заболеваний или особенностей личности; индикативная профилактика – это профилактика рецидивов и изменения стереотипов поведения уже зависимых индивидов.

Первичная профилактика фактически представляет собой образ жизни, обеспечивающий человеку (прежде всего детям и молодежи) условия для оптимального развития и реализации природных способностей в течение всей жизни. Усилия государства по изменению социальных и культурных условий жизни объединяются в систему радикальных мер первичной профилактики (спорт, охрана труда, сбалансированное питание и др.).

Применительно к профилактике аддиктивного поведения детей, подростков и юношей мероприятия первичной профилактики химических зависимостей направлены на превенцию первой пробы алкоголя, никотина, ПАВ и т.п. Проведение первичной профилактики является прерогативой сферы образования, охватывающей социально активные фазы жизненного цикла человека и его становления как личности. Целями первичной профилактики злоупотребления ПАВ и наркомании в образовательной среде являются изменение ценностного отношения детей, подростков и юношей к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение.

Целью первичной профилактики может быть также удерживание детей и молодежи от приема наркотических средств благодаря пропаганде здорового образа жизни, формированию антинаркотических установок и профилактической работе сотрудников образовательных учреждений.

Целью первичной профилактики нехимической аддикции является формирование установок, обеспечивающих устойчивость к агрессивному воздействию информационной среды, позволяющих предупредить угрозы формирования зависимости среди несовершеннолетних, включение детей, подростков и юношей в различные социально одобряемые формы активности (кружки, секции, волонтерские движения и пр.).

Вторичная профилактика касается тех, кто уже испытывает на себе влияние употребления средств аддикции (ПАВ, Интернет, компьютерные игры и др.), но не обнаруживает признаков самой зависимости. Цель вторичной профилактики – максимально сократить продолжительность воздействия аддиктивных средства на учащегося, прекратить дальнейшее вовлечение и формирование устойчивых паттернов поведения, восстановить его личностный и социальный статус. Педагоги, школьные психологи, социальные работники вместе с родителями должны стремиться создать психотерапевтическую атмосферу непримиримости к избыточному злоупотреблению, повторному употреблению ПАВ, оптимизировать здоровые, личностные и социальные, устремления детей.

Вторичная профилактика аддиктивного поведения направлена на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву аддиктивного поведения. Это раннее выявление аддикций и динамическое наблюдение, направленное обследование и последовательное оздоровление.

Третичная профилактика аддиктивного поведения направлена на социальную, трудовую, психологическую, медицинскую реабилитацию аддиктов, которые прошли лечение, психокоррекцию, психотерапию.

Следовательно, к данному направлению профилактики относятся мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов, то есть это переход к непосредственной реабилитации, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне. В этом процессе должны активно участвовать воспитатели, педагоги, школьные психологи.

Важную роль в профилактике аддиктивного поведения играет психологическая диагностика, которая включает в себя диагностику личностных особенностей, которые оказывают влияние на формирование зависимого поведения:

- -повышенная тревожность,
- -низкая стрессоустойчивость,
- -неустойчивая Я-концепция,
- -низкий уровень интернальности,
- -неспособность к эмпатии,
- -некоммуникабельность,
- -повышенный эгоцентризм,
- -низкое восприятие социальной поддержки,
- -стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций,
- -направленность на поиск ощущений,
- -стремление к социальному одобрению,
- -высокие показатели по шкале алекситимии,
- -высокие показатели по шкале депрессивности,
- -агрессивность и др.

Важным направлением работы по выявлению детей, с которыми следует проводить профилактическую работу, является сбор информации о положении ребенка в семье, о наличии в семье химически зависимых людей, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, об увлечениях и способностях ребенка, о его друзьях и других возможных референтных группах. Психологу следует обращаться за информацией к воспитателям, учителям, родителям. Педагог, работающий с детским коллективом, хорошо знает каждого ребенка и достаточно легко укажет Вам на детей, использующих 1 из 4 поведенческих стратегий: «герой семьи», «потерянный ребенок», «козёл отпущения», «клоун».

Еще одним важным источником информации является наблюдение. Предметом наблюдения и контент-анализа при личном контакте с детьми является речь. Есть определенные маркеры, позволяющие выделить детей этой категории:

- Реактивность: проявляется в высказываниях, где причины собственных поступков и эмоций приписываются другим людям: «учителя меня ненавидят», «они всегда меня достают», «она довела меня до белого каления», «они заставляют меня поступать» и т.д. – т.е. все поступки, эмоции выглядят как реакции на окружающий мир, а не как собственные акции.

- Негативные высказывание о себе, своих способностях, возможностях: «я бестолковый», «я ничего не умею», «у меня плохая память» и т.п.

- Залипание: в речи могут напрочь отсутствовать высказывания о себе лично, о своих целях, о своих делах. Вместо них все время звучит «мы», «у нас», «нам»; или, возможно постоянное упоминание кого-то из членов семьи или близких людей при ответах на вопросы, касающиеся лично ребенка.

2.3. Теории предупреждения аддикций

Превентивные теории, формирующие здоровый образ жизни, Аршинова В.В. делит на три категории, которые:

- рассматривают здоровьесберегающее поведение и изменения в поведении людей. Обычно к таким теориям относятся модели охраны здоровья, убеждений; теории разумного действия; междисциплинарные теории (или ступени изменения), а также модели социальной когнитивной теории;

– раскрывают поведение в обществе и экологические изменения, такие как распространение теории инноваций и модели коммуникации изменения поведения;

– помогают понять разные подходы к изменениям в обществе и общественных организациях.

Эти и другие теории помогают объяснить, «почему мы делаем то, что мы делаем, и когда мы это делаем». Их общий смысл – это убеждение в том, что если человек реализует поведение, связанное со здоровьем, шанс на проявление болезни или на болезнь снизится.

До середины прошлого века к теоретическим основам профилактики в области зависимости относили только этиологию – причины, взятые из теорий, раскрывающих собственно зависимое поведение. Причины возникновения зависимости изучали с позиции факторов вреда, который нельзя допустить.

Некоторые исследователи относили причины возникновения зависимости к понятию «корни зависимости» (термин введен М. Мюррей). Исходя из такого понимания разрабатывали соответствующие практические программы или мероприятия, которые по своему характеру относили к профилактическим. Такой подход использовался в различных теориях зависимости.

На современном этапе изучения теорий зависимости можно заключить, что они основывались преимущественно на психологической науке. По истечении полувековой проверки на фундаментальность рассматриваемые теории оказались базовыми теориями зависимости. Особенно показательным в данном выводе является то, что рассмотренные в них причины наркотической зависимости в настоящее время стали основой для формирования профилактических теорий.

Теория Фредерика Кальвина (Frederick Calvin J.), профессора Вашингтонского национального института психического здоровья (NIMH – National Institute of Mental Health), была опубликована в 1980 г. под названием «Наркомания как усвоенное поведение».

Причины возникновения наркомании связывают с усвоением зависимого поведения в период повышенного напряжения и проявления рискованного поведения. Автор считает, что в момент высокого напряжения и в ситуации риска происходят импринтинг (запечатление) и наиболее легкое усвоение поведения, направленного на употребление наркотических веществ. Автор вывел формулу, в которой проявляется благоприятное поведение, для того чтобы вывести показатель вероятности наступления наркомании.

Работа Д.У. Гудвина (D.U. Goodwin), профессора кафедры психиатрии Университета Канзаса «Теория привычки к злоупотреблению наркотиками и алкоголизма» объясняет проблемы возникновения наркомании у подростков. Он считает, что злоупотребление наркотиками возникает по причине их доступности, давления со стороны сверстников, бунтарства, в связи с семейными отношениями. Причинами могут стать психиатрические симптомы, такие как тревога и депрессия, которые особенно провоцируют начало употребления наркотиков.

По данным других исследований асоциального поведения в подростковом возрасте, прием наркотиков может наступить в период инициации. Алкоголизм большей частью передается генетически, и причиной начала употребления алкоголя подростками становятся проблемы, возникающие в семье по причине алкоголизма ее членов (или одного из них), так называемые алкогольные семьи.

Теория Харриса Э. Хилла (H.E. Hill) «Социальные девиации и начальные склонности к наркотикам и алкоголю» раскрыла ряд причин злоупотребления алкоголем и приема наркотиков. По ее данным, привыкание к алкоголю возникает в первую очередь при наличии факторов уязвимости, которые проявляются от социальных девиаций, приводящих к началу употребления алкоголя и наркотиков. Это относится к людям, живущим в бедности, в

трущобах, имеющим более легкий доступ к опиатам и алкоголю и живущим в окружении индивидов со значительной степенью социальной девиации.

Вторым важным фактором автор считает отсутствие социального контроля за наркотиками и алкоголем, а также за лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами и экспериментирующими с ними. Главной причиной привыкания является внутренняя извращенная потребность человека к постоянному получению удовольствия. Эти люди не воздерживаются от любых социальных девиаций, наркотиков или алкоголя. Для снятия растущей тревоги и страха у них возникает потребность в наращивании дозы.

Работа Сандры Б. Колеман (S.B. Coleman) «Теория неполного траура и злоупотребления героином» показала, что начало употребления наркотиков обычно связано со структурным либо функциональным дисбалансом в семье. Приобщение к наркотикам одного из ее членов затрагивает семью в целом.

Так, злоупотребление героином является частью жизни семьи, в которой каждый из ее членов имеет зависимое поведение. Такая зависимость возникает при неполном преодолении семьей травмирующего ее психику опыта (внезапная смерть или внезапная тяжелая болезнь одного из ее членов, разрушительный развод и другие причины), т.е. в результате разрушения причинно-следственных связей в жизни семьи.

Тогда наркомания одного из ее членов замещает отсутствующие причинно-следственные связи и становится для семьи реальным опытом их построения. Первый опыт знакомства с наркотиками часто связан с возрастом индивидов или стадией развития семьи, но в основном он связан с кризисом семьи и проявляется у детей подросткового возраста.

Согласно теории проблемного поведения Ричарда и Чарльза Джессоров (R. Jessor, S. Jessor) «Социально-психологические основы для изучения потребителей наркотиков» причины возникновения наркомании обусловлены проблемами, связанными с нарушениями формирования ответственности у индивида и у его окружения за социальные девиации, определяющие направление поведения. Нарушение этой системы ведет к началу потребления наркотических веществ.

Теория Денниса Б. Кендела (D.B. Kandel) «Стадии развития в подростковом возрасте и их влияние на потребление наркотиков» раскрывает концепцию одновременного влияния на подростка индивидуальной патологии и социальных факторов. В соответствии с выводом автора каждое из этих понятий может применяться на различных этапах рассматриваемого процесса.

В проявлении наркотического поведения на ранних стадиях развития детей более важную роль играют социальные факторы. Психологические факторы важнее для них на более поздних этапах развития. Определение этапов развития в случае кумулятивного действия упомянутых факторов на появление злоупотребления наркотиками имеет важные концептуальные и методологические особенности, выступающие в качестве либо причины, либо последствия.

На ранней стадии развития употребление наркотиков детерминируется поведением родителей. Нередко оно имеет решающее значение в желании молодых людей попробовать крепкие напитки. На более поздних стадиях ведущую роль в инициировании потребления наркотиков имеет качественная сторона отношений «родитель–ребенок». В этот период особенно важными становятся близость к родителям и защита подростков от употребления наркотиков. О начале потребления подростками тяжелых наркотиков можно судить по потреблению сверстниками так называемых легальных наркотиков и марихуаны.

«Семейную теорию наркомании», или «Теорию насилия в семье», предложила Дункан Стентон (M.D. Stanton, 1979). В своей теории автор, опираясь на подход ученых Боуэна, Хейли и других, доказала, что если рассматривать злоупотребления наркотиками в контексте семьи, то симптомы наркомании в ней как в системе должны быть изменены. Она выдвигает в качестве причин, способствующих появлению наркомании, проблемы и события,

встроенные в семейный цикл и связанные с состояниями глубокой обиды, фрустрации и насилия в семье.

Американский ученый Р.А. Стефенхаген (R.A. Steffenhagen) разработал «Самоуважение в теории злоупотребления наркотиками», которую называют еще «Теорией чувства собственного достоинства». Эта теория основана на том, что причинами возникновения наркомании является ущемленное чувство достоинства.

Подросток, молодой человек, находясь в таком состоянии, ищет выхода и, не найдя его, обращается к наркотическим веществам. Особенно подвержены наркомании те, чье достоинство ущемляется в семье.

Низкая самооценка может дать импульс для начала потребления наркотиков лицами, которые хотят немедленного удовлетворения своих потребностей. Однако низкая самооценка сама по себе не является достаточной для начала и продолжения употребления наркотиков, поскольку основная причина кроется в социальной среде сверстников, оказывающих наибольшее давление и определяющих возможность вовлечения в наркоманию.

Таким образом, проведя краткий обзор теорий зависимого поведения с точки зрения причин возникновения химической зависимости, можно увидеть глубокие научные разработки фундаментального и прикладного уровней.

Собственно профилактическая наука зародилась во второй половине прошлого века (60-е гг.), когда появились первые теоретические разработки в области жизнестойкости С.Р. Мадди (Salvatore R. Maddi), доктора медицины, профессора Школы социальной экологии Калифорнийского университета. В этот же период активно распространяются методологии «биопсихосоциальной модели болезни» (biopsychosocial model – «BPS») Джорджа Энгеля.

По мнению зарубежных авторов, в основе исторического контекста развития профилактического знания лежит поиск путей адекватного реагирования на постоянные изменения собственного здоровья, что является трудным для многих людей. Хотя некоторые лица понимают, что их обычное повседневное поведение неоптимально для здоровья, они не могут приложить усилия для его изменения. Среди них есть также лица, имеющие навыки сиюминутного изменения поведения, но они не готовы устойчиво поддерживать здоровье охранительным поведением.

Так, например, даже люди, хорошо знающие о рисках для здоровья, связанных с ожирением и курением, нередко пытаются изменить свое поведение, но не могут справиться с избыточным весом и курением. Поэтому добиться долгосрочного успеха в области зависимого поведения до недавнего времени даже с помощью специалистов было трудной задачей.

Краткий обзор теорий возникновения зависимого поведения позволяет нам сделать вывод о том, что современная теоретическая платформа профилактики обращается к теориям зависимости при разработке мероприятий вторичной и селективной профилактики, а также вмешательства третичной и индикативной профилактики. Теории возникновения зависимости лежат в основе разработки мероприятий по сопровождению лиц, страдающих зависимым поведением и чье психическое состояние позволяет им самостоятельно следовать профессиональным рекомендациям и вести дневники самонаблюдения за изменением собственного поведения в сторону сохранения здоровья.

3. КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

3.1. Понятие, виды и принципы психокоррекционной работы

Термин «коррекция» буквально означает «исправление». В литературе *психологическая коррекция* рассматривается как совокупность психологических приемов,

используемых психологом для исправления недостатков личности или поведения психически здорового человека. Психокоррекции подлежат недостатки, не имеющие органической природы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются (Осипова А.А., 2002).

А.А. Осипова в своей книге «Общая психокоррекция». М., 2002 г., представила систематизацию видов коррекции, существующих в практике психологов. Исходя из определенных критериев, психокоррекционные мероприятия можно классифицировать следующим образом.

По характеру направленности выделяют коррекцию:

Симптоматическая коррекция (коррекция симптомов), как правило, предполагает кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа.

Каузальная (причинная) коррекция направлена на источники и причины отклонений. Данный вид коррекции более длителен по времени, требует значительных усилий, однако более эффективен по сравнению с симптоматической коррекцией, так как одни и те же симптомы отклонений могут иметь совершенно разную природу, причины и психологическую структуру нарушений.

По содержанию различают коррекцию: познавательной сферы; личности; аффективно-волевой сферы; поведенческих аспектов; межличностных отношений: внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных) и детско-родительских отношений.

По форме работы с клиентом различают коррекцию: индивидуальную; групповую: в закрытой естественной группе (семья, класс, сотрудники и т.д.); в открытой группе для клиентов со сходными проблемами; смешанную форму (индивидуально-групповую).

По наличию программ: программированную; импровизированную.

По характеру управления корректирующими воздействиями: директивную; недирективную.

По продолжительности: сверхкороткую (сверхбыструю); короткую (быструю); длительную; сверхдлительную.

По масштабу решаемых задач различают психокоррекцию: общую; частную; специальную.

Под *общей коррекцией* подразумеваются мероприятия общекоррекционного порядка, нормализующие специальную микросреду клиента, регулирующие психофизическую, эмоциональную нагрузки в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующими процессы созревания психических свойств у личности, что само по себе может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности в ходе дальнейшего развития.

Под *частной психокоррекцией* понимают набор психолого-педагогических воздействий, представляющих собой адаптированные для детского и подросткового возраста психокоррекционные приемы и методики, используемые в работе со взрослыми, а также специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, основанных на ведущих для определенного возраста онтогенетических формах деятельности, уровнях общения, способах мышления и саморегуляции.

Каждый прием имеет, как правило, несколько направлений психокоррекционного воздействия. Частная психокоррекция вооружает специалиста арсеналом средств психологического воздействия, которыми он насыщает программу групповой или индивидуальной работы.

Специальная психокоррекция – это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с клиентом или группой клиентов одного возраста, являющихся наиболее эффективными для достижения конкретных задач формирования личности, отдельных ее свойств или психических функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении и затрудненной адаптации (застенчивость, агрессивность, неуверенность, сверхнормативность или асоциальность, неумение действовать по правилам и удерживать взятую на себя роль, четко излагать свои мысли, боязливость, аутичность, склонность к стереотипии, конфликтность, завышенная самооценка и т.д.).

Специальная психокоррекция, таким образом, призвана исправлять последствия неправильного воспитания, нарушившего гармоническое развитие, социализацию личности. Негативные аспекты могут быть обусловлены как субъективными, так и объективными факторами.

О.А. Карабанова выделяет следующие *принципы коррекционной работы* (1997).

Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач.

Системность названных задач отражает взаимосвязь развития различных сторон личности ребенка (подростка) и гетерохронность, т.е. неравномерность их развития. Любая коррекционная программа должна решать все три задачи, что позволяет учитывать различные уровни развития подростка: уровень благополучия, соответствующий норме развития, уровень «риска», т.е. потенциальные трудности в развитии, уровень актуальных проблем развития, отклонения от нормы. Таким образом, задачи коррекционной программы формулируются как трехуровневая система: коррекция (исправление отклонений), профилактика (предупреждение отклонений) и развивающая работа (оптимизация и стимулирование, обогащение содержания развития).

Принцип единства диагностики и коррекции.

Единство проявляется в двух аспектах. Во-первых, проведению коррекции всегда предшествует прицельное диагностическое обследование детей и подростков, результаты которого и послужат основой для определения целей и содержания коррекции. Во-вторых, в ходе проведения коррекционной работы психолог должен осуществлять промежуточный контроль за динамикой показателей психического развития детей и подростков, что позволяет ему вовремя оценить степень эффективности применяемых методов и гибко перестроить свою деятельность.

Принцип приоритетности коррекции каузального типа.

Как было сказано выше, именно каузальная (причинная) коррекция позволяет более эффективно решать проблемы развития детей и подростков, т.к. позволяет бороться не только с внешними проявлениями проблемы, но и искать и устранять причины, породившие ее.

Названные принципы можно дополнить принципами, предложенными А.А. Осиповой (2002).

Принцип нормативности развития.

Нормативность развития следует понимать как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития. Понятие «*психологический возраст*» было введено Л.С. Выготским. Это «*тот новый тип строения личности, ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношения к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход развития в данный период*» (Л. С. Выготский, 1984, с. 248). Таким образом, при оценке соответствия уровня развития ребенка возрастной норме и формулировании целей коррекции необходимо учитывать следующие характеристики:

1) Особенности социальной ситуации развития (например, изменение типа образовательного или воспитательного учреждения, круга общения ребенка или подростка, включая сверстников, взрослых, семейное окружение и т.д.),

2) Уровень сформированности психологических новообразований на данном этапе возрастного развития.

3) Уровень развития ведущей деятельности, ее оптимизация.

Кроме понятия «*возрастная норма*» психологу приходится встречаться с понятием «индивидуальная норма», которая позволяет наметить в пределах возрастной нормы развития программу оптимизации развития для каждого конкретного клиента с учетом его индивидуальности и самостоятельного пути развития.

Принцип коррекции «сверху вниз». Данный принцип, выдвинутый Л.С. Выготским, раскрывает направленность коррекционной работы. В центре внимания психолога стоит завтрашний день развития, а основным содержанием коррекционной деятельности является создание «*зоны ближайшего развития*» для клиента. Коррекция по принципу «сверху вниз» носит опережающий характер и строится как психологическая деятельность, нацеленная на своевременное формирование психологических новообразований.

Принцип коррекции «снизу вверх». При реализации этого принципа в качестве основного содержания коррекционной работы рассматриваются упражнение и тренировка уже имеющихся психологических способностей. Этот принцип реализуется в основном сторонниками поведенческого подхода. В их понимании коррекция поведения должна строиться как подкрепление (положительное или отрицательное) уже имеющихся шаблонов поведения с целью закрепления социально-желательного поведения и торможения социально-нежелательного поведения.

Таким образом, главной задачей коррекции «снизу вверх» становится вызывание любыми способами заданной модели поведения и ее немедленное подкрепление. В центре коррекции – наличный уровень психического развития, понимаемого как процесс усложнения, модификации поведения, комбинации реакций из уже имеющегося поведенческого репертуара.

Деятельностный принцип коррекции. Данный принцип определяет сам предмет приложения коррекционных усилий, выбор средств и способов достижения цели, тактику проведения коррекционной работы, пути и способы реализации поставленных целей. Суть его заключается в том, что генеральным способом коррекционно-развивающего воздействия является организация активной деятельности клиента, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки в трудных, конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности. Коррекционное воздействие всегда осуществляется в контексте той или иной деятельности, являясь средством, ориентирующим активность. Согласно данному принципу основным направлением коррекционной работы является целенаправленное формирование обобщенных способов ориентировки клиента в различных сферах предметной деятельности, межличностных взаимодействий, в конечном счете, в социальной ситуации развития. Сама коррекционная работа строится не как простая тренировка навыков и умений, а как целостная осмысленная деятельность, естественно и органически вписывающаяся в систему повседневных жизненных отношений клиента. Деятельностный принцип коррекции, во-первых, определяет сам предмет приложения коррекционных усилий, а во-вторых, задает способы коррекционной работы через организацию соответствующих видов деятельности путем формирования обобщенных способов ориентировки.

Кроме принципов, психологу желательно соблюдать и *правила* психокоррекционной деятельности:

1. Психолог не должен осуществлять специальные коррекционные воздействия без твердой уверенности в причинах и источниках отклонений в развитии ребенка.

2. Пространство коррекционных воздействий детского практического психолога ограничено нормой и пограничными состояниями развития ребенка при отсутствии органических и функциональных нарушений.

3. Детский практический психолог не вправе определять индивидуальный ход психического развития ребенка путем радикального коррекционного вмешательства.

4. В работе с детьми и подростками не рекомендуется использование гипнотических и суггестивных средств воздействия, а также методов психотерапии, неадаптированных к детскому и подростковому возрасту.

К вышеперечисленным правилам добавляются требования профессиональной этики: закрытость и адаптированность информации, процедурная конфиденциальность и позиционность взаимоотношений.

3.2. Коррекционные подходы в психологической работе с химическими и нехимическими зависимостями

Психокоррекция, психотерапия и психологическое консультирование детей и подростков с аддиктивными проблемами или относящихся к группе риска может быть включена в комплексную профилактическую и реабилитационную работу или проводиться вне ее. При этом следует учитывать степень тяжести аддиктивных проблем. Для определения тяжести удобно пользоваться четырехстадийной моделью развития зависимости:

- 1) исследовательское (экспериментальное) употребление;
- 2) групповое злоупотребление или аддиктивное поведение;
- 3) психологическая зависимость;
- 4) физическая зависимость (принимать ПАВ, "чтобы чувствовать себя в норме").

3.2.1. Коррекционные подходы в работе с химическими зависимостями

Учитывая стадию развития аддикции, необходимо руководствоваться следующей стратегией оказания психологической помощи:

На первой стадии требуется спокойное и взвешенное обсуждение детьми и родителями того, почему ребенок начал употреблять ПАВ и последствий употребления разных ПАВ, развенчание мифов о "безопасных" наркотиках, от которых не возникает зависимости (психолог может выступить в роли фасилитатора такого разговора). Очень важно отношение родителей к этой проблеме и отсутствие двойных стандартов в их поведении и требованиях к ребенку.

На второй стадии аддиктивные проблемы являются более серьезными. Группа ровесников играет огромную роль в употреблении ПАВ, она может применять санкции к тем, кто не соответствует ее требованиям. Степень отклонения в поведении, а также степень социальной дезадаптации ребенка или подростка варьирует от легкой до выраженной. Злоупотребление ПАВ может являться причиной этих нарушений или попыткой ребенка их компенсировать. Социально-психологическая дезадаптация ребенка обычно проявляется в конфликтных или отчужденных, ригидных отношениях в семье и школе, в хронической школьной неуспеваемости, в недостаточности или блокировке ресурсов развития, в маргинализации подростка и нахождении им альтернативной адаптации в среде, где он может реализовать свои потребности и получить поддержку и понимание. Эта альтернативная среда может иметь выраженную асоциальную (наркоманические, криминальные группы), агрессивную (фанаты, "нацики") направленность или не иметь таковой.

Лечение в клинике на этом этапе необязательно, здесь может помочь включение в амбулаторную программу. Требуются регулярная работа подростка и его родителей с психологом, участие в различных мероприятиях по вторичной профилактике. Обязателен отрыв от привычной компании. Ключевыми моментами в регуляции взаимоотношений родителей и подростков являются выработка четких разумных и обоснованных правил

взаимодействия и контроль за их соблюдением, планирование досуга и режима дня, поддержка родителями подростка в преодолении имеющихся трудностей.

На третьей стадии усугубляются проблемы в разных сферах жизни подростка, дезадаптация, криминализация. Выход из пьющей или употребляющей наркотики группы не означает прекращения злоупотребления. Примерно 5% старшеклассников достигают этой стадии. Подростки нуждаются в профессиональной помощи врачей и психологов. Хорошим вариантом является помещение в реабилитационный центр, имеющий комплексную программу реабилитации. В связи с делинквентными поступками и хронической школьной неуспеваемостью подростки на этой стадии в нашей стране попадают на КДН (комиссия по делам несовершеннолетних) или ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия), которые могут рекомендовать родителям или органам опеки поместить подростка в специализированную школу для подростков с девиантным поведением, приют или реабилитационный центр. Поддержка и участие родителей в психологической работе на этом этапе крайне необходимы, так же как их готовность к собственным изменениям, поскольку одной психологической работы с "идентифицированным пациентом" недостаточно.

До четвертой стадии чаще доходят уже совершеннолетние, которые находятся вне поля зрения школьных психологов. Им необходима профессиональная помощь наркологов, психиатров, психологов, социальных работников. Если больной согласен (а они часто меняют свое отношение к возможности лечиться), сто следует немедленно направить в отделение детоксикации и реабилитационный центр. Требуется длительное лечение (от года до трех лет). От семьи зависимого потребуются огромная поддержка.

Особая роль в коррекционной работе отводится школьным психологам, которые реализуют на практике следующие виды психологической помощи и поддержки:

1. Диагностика несовершеннолетних, употребляющих ПАВ (на основе диагностики, наблюдений психологов выстраиваются индивидуальные коррекционно-развивающие программы, позволяющие осуществлять профилактику отклоняющегося поведения школьников): - познавательная сфера и обучаемость; - межличностные отношения (общение в классе, в семье); - личность (темперамент, характер, самооценка, тревожность и страхи, организаторские, коммуникативные и творческие способности, предпочтения в профессии, склонность к зависимому поведению и др.).

2. Индивидуальное сопровождение ребенка в форме консультирования, индивидуальных занятий. Проводится индивидуальное консультирование несовершеннолетних, их родителей и педагогов по проблемам употребления ПАВ (информирование о влиянии ПАВ, трудности в детско-родительских отношениях в связи с данной проблемой, стратегии отказа от вредных привычек, предоставление рекомендаций по решению различных проблем).

3. Коррекционно-развивающая работа (всестороннее развитие личности, стабилизация семейных отношений, формирование установки на активный отказ от употребления ПАВ). Психокоррекция включает: реадaptацию здоровья; формирование здорового образа жизни; психосаморегуляцию состояния; совершенствование личностного психологического статуса; продуктивное развитие качества жизни; моделирование семейной структуры; преодоление созависимости членов семьи; развитие индивидуальности и самодостаточности личности. Проводятся различные формы групповых коррекционно-развивающих занятий для детей и подростков активным использованием приемов арт-терапии, сказкотерапии, театрализации.

Для организации и проведения психологической работы с учащимися «группы риска» в условиях образовательного учреждения выделим группы проблем, характерных для данной категории обучающихся:

1. Личностно-характерологические проблемы (нарушенная самооценка, затруднения в проявлении эмоций, подавление чувства вины и стыда, ригидное следование к цели без учета обстоятельств, психологические защиты, связанные с употреблением ПАВ).

2. Коммуникативные проблемы (нетерпимость к чужому мнению, неспособность признать свои ошибки, недоверие к окружающим, неспособность адекватно пользоваться посторонней помощью, ранняя половая жизнь, неспособность сопротивляться постороннему давлению (конформность, зависимость), дефицит безусловной любви в семье).

3. Познавательные проблемы (социально-педагогическая запущенность, эгоцентрическая антиципационная несостоятельность).

4. Психопатологические проблемы (влечение к ПАВ, невротические и неврозоподобные расстройства, аффективные реакции, патохарактерологические расстройства, легкие когнитивные расстройства). Значимость этих проблем будет отличаться в различных группах. Так, при профилактической работе с несовершеннолетними, не вовлеченными в злоупотребление ПАВ, лидирующую роль займет коррекция личностно-характерологических и коммуникативных проблем (в первую очередь, нарушенная самооценка, нетерпимость к чужому мнению, дефицит безусловной любви в семье). При аддиктивном поведении будут присутствовать в добавлении к двум первым и группа познавательных причин (аддиктивное поведение относится к групповому, «социализированному» типу расстройств поведения и включает в себя непатологические и патологические формы, которые являются главным фактором при выделении групп риска формирования зависимости от ПАВ).

При работе с зависимыми учащимися на первый план выйдет работа с психопатологической симптоматикой, хотя при этом не утрачивается значимость коррекции первых трех групп причин. Непатологические формы аддиктивного поведения у детей и подростков не связаны с выраженными и стойкими психическими расстройствами или нарушениями психического развития (психический дизонтогенез) и не являются его следствием. Они обусловлены преимущественно биологическими, микросоциальными (семейными, школьными, коммуникативными), а также психологическими (личностными) факторами риска, а не формируются по патологическим механизмам. Современное понимание злоупотребления ПАВ как формы отклоняющегося поведения исходит из единства факторов риска и защиты для всех типов поведения, отклоняющегося от социальных норм. Непатологическое аддиктивное поведение может наблюдаться у подростков с отдаленными последствиями ранних резидуально-органических поражений головного мозга без психических расстройств; при акцентуациях характера; проявлениях «подросткового психологического комплекса», признаках нервно-психической неустойчивости, связанных с хроническими соматическими заболеваниями; при семейной, педагогической и социальной запущенности. Непатологическое аддиктивное поведение может сочетаться с другими формами девиаций, например, безнадзорностью с уходами из дома, гиперактивным, аутоагрессивным поведением. В связи с этим социотерапевтическое воздействие только на проявления аддиктивного поведения, как правило, оказывается неуспешным, так как эта форма поведенческих расстройств может трансформироваться в другой, более тяжелый вариант, например, в аутоагрессивное, суицидальное поведение. Личностные особенности, как показывает исследование, присущие несовершеннолетним с аддиктивным поведением, в значительной степени определяются присутствием неустойчивого радикала, черт инфантильности у большинства подростков-потребителей ПАВ. К числу таких характеристик относятся:

- безответственность, неспособность выполнить свое обещание. Особенно эта черта характерна для детей и подростков с формирующейся зависимостью. Как правило, большинство обещаний ими не выполнялось, особенно те, которые требовали минимального волевого напряжения.

- ослабление волевой способности к поддержанию достаточного уровня активного внимания. Во время беседы, если их интерес угасает, они часто начинают зевать, жаловаться на усталость. По этой же причине им хуже давалось выполнение психологических тестов, требующих напряжения внимания и интеллекта.

- неспособность пользоваться посторонней помощью и поддержкой. Стремясь отстоять собственное «Я», они часто отказываются от помощи, как в вопросах лечения, так и в бытовых делах. При согласии на оказание помощи, они не способны разделить ответственность, предпочитая полностью переложить ее на другого человека.

- несостоятельность в предвосхищении, предвидении развития событий, явлений, результатов работы (прогностический когнитивный и отчасти — волевой дефект). Такая личность исключает из своей деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. Главным образом речь идет о неспособности предвидеть негативные последствия употребления ПАВ применительно лично к себе при абстрактном понимании катастрофических последствий их употребления. Можно предположить, что отрицание возможных последствий употребления ПАВ является проявлением психологической защиты, в частности в виде таких ее вариантов как явное преувеличение размеров наркотизации в подростковой популяции - «все нюхают или колют»; рационализация или попытка доказать безвредность или даже полезность эпизодического употребления наркотиков. Это приводит к тому, что такие подростки в отличие от своих благополучных в наркологическом отношении сверстников крайне плохо себе представляют свое будущее. Подростки в возрасте 15-16 лет из группы риска по употреблению ПАВ, представляют его себе гораздо более расплывчато, чем дети и подростки, не имеющие наркологических проблем, они также практически не усваивают чужой опыт, ориентируясь больше на личный, при усвоении которого, склонны «дважды наступать на одни и те же грабли».

Необходимо выделить некоторые задачи, которые может преследовать психолог в групповой психокоррекционной работе.

- обучение зависимых от ПАВ адекватным коммуникативным навыкам;
- работа по преодолению отрицания, сопротивления и других механизмов психологической защиты;
- работа над становлением мотивации к лечению и трезвости;
- помощь зависимому в формировании адекватного взгляда на свою личность, свои психологические и социальные реакции;
- формирование адекватной положительной самооценки, развитие эмоциональной и чувственной сфер личности,
- формирование психологических навыков в противостоянии давлению группы, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения ПАВ

Критериям целесообразности применения психотехники при психокоррекционной, в том числе и групповой, работе со страдающими зависимостью, отвечают следующие виды психотерапевтического воздействия:

- **разъяснительная психотерапия** – предоставление сведений об особенностях развития и течения их заболевания, рассказ о тех нарушениях, которые вызывает зависимость во всех сферах функционирования больного ей человека;

- **«психотерапевтическое зеркало»** по С.С. Либиху – техника, которая заключается в разборе определенных симптомов заболевания (в данном случае - зависимости) или анамнестических данных одного из пациентов, согласно обсуждаемой, например, на лекции, темы. Обсуждение может быть анонимным или, когда пациент называется, если есть возможность воздействовать психотерапевтически не только на других зависимых, но и на него самого. Данная методика позволяет увеличить доверие подростков к словам психотерапевтического персонала относительно предлагаемой информации о болезни и способе восстановления от зависимости.

- **когнитивная психотерапия** позволяет помочь аддиктам провести границу между собственным отношением к тому или иному событию и непосредственно самим событием,

как реально существующим, независимо от их желания или мнения. Такой подход наиболее эффективно позволяет зависимым обрабатывать поступающую из окружающего их социума информацию, заменяя, имеющийся у себя способ мышления, называемый негативным, на более конструктивные формы обдумывания и разрешения возникающих проблем;

- **рационально-эмотивная психотерапия**, работа с чувствами (эмоциями) пациента (определение - осознание - изменение). Данные методики позволяют аддиктам научиться контролировать и корректировать свое эмоциональное состояние. Такие умения позволяют подросткам наиболее эффективно решать возникшие в их жизни проблемы, без серьезных эмоциональных потрясений и риска снова вернуться к потреблению психоактивных веществ;

- **гештальт-терапия** (отдельные элементы, упражнения) направлена на обучение подростков: решению насущных проблем, возникающих в данный момент («здесь и сейчас»); открытому и непосредственному контакту с другими людьми; взятию ответственности за свое состояние на себя самого; осознанию чувств, телесных ощущений для наиболее полной ориентации человека в самом себе и своем окружении;

- **тренинг умений**, ролевые игры (элементы психодрамы). В результате применения этих психотехник подростки могут получить опыт решения различных проблем, в том числе выявить и опробовать методы отказа от потребления алкоголя, наркотиков в различных ситуациях;

- **рациональная психотерапия** помогает подросткам с помощью построения прямых логических связей между причиной и следствием увидеть в своих высказываниях и мировосприятии противоречия, которые мешают формировать и поддерживать им трезвый образ жизни;

- **методика парадоксальных интенций Франкла** применяется обычно в том случае, когда подросток упорно пытается убедить психотерапевта, других специалистов или пациентов группы (отделения) в том, что у него нет проблем с потреблением психоактивных веществ, несмотря на то, что проблемы очевидны, и что он в дальнейшем может потреблять алкоголь или наркотики без отрицательных последствий для себя. Воздействие на пациента с помощью этой методики может прервать его отрицание болезни и ее последствий, а так же сформировать мотивацию пациента на дальнейшее лечение и восстановление;

- **структурный анализ**, транзактный анализ и сценарный анализ. Эти методики позволяют достаточно быстро освоить способы определения и контроля тех болезненных нарушений в жизни человека, страдающего зависимостью от ПАВ, которые возникают у него в психологической сфере – структурный анализ, социальной сфере – транзактный анализ, и сфере сценарных установок, идущих из детского развития больного (неосознаваемая область), – сценарный анализ;

- **арт-терапия**, в основном направлена на выражение пациентом с помощью художественных средств (рисунок) взаимоотношения «Я – болезнь», что позволяет больному зависимостью на уровне художественных метафор проработать отрицание и анозогнозию заболевания;

- **библиотерапии**. Использование чтения литературы сообщества АА/АН позволяет людям с зависимостью от ПАВ осознать и определить у себя симптомы заболевания, часто самостоятельно, а так же увидеть реальный путь, по которому можно начать собственное восстановление, т.е. эта методика может воздействовать так же на формирование надежды и мотивации у пациента;

- **видеотерапия и аудиотерапия** в первую очередь используется не столько для подачи той или иной терапевтической информации, сколько с целью воздействия на когнитивные и чувственные сферы личности больного с помощью определенной информации и определенных способов ее подачи: учитывается определенная степень доверия пациентов с химической зависимостью к средствам массовой информации – радио, телевидение.

3.2.2. Коррекционные подходы в работе с нехимическими зависимостями

Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «поведенческие аддикции». И. Маркс предложил следующие критерии для диагностики поведенческих (нехимических) зависимостей:

- Побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (= тяга).
- Нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена.
- Завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение.
- Повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (= симптомы абстиненции).
- Внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции.
- Последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска).
- Гедонистичекий оттенок на ранних стадиях аддикции.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, неврозами и химическими зависимостями.

Коррекционная работа должна строиться с учетом стадии развития аддикции.

1) На первой стадии аддикция выполняет свою защитную функцию, или если точнее, функцию психологического убежища. Индивид уходит от устойчивого чувства психологического дискомфорта, с помощью аддиктивного агента. Аддикту кажется, что аддиктивный агент помогает ему справиться со многими проблемами. Аддикту нравится жизнь внутри аддиктивного процесса. Он уверен, что у него все под контролем и ему не нужна помощь. Даже аддикты с психологическим, психиатрическим и наркологическим образованием не задумываются на тему вероятного деструктивного развития аддиктивного процесса. При этом толерантность к аддиктивному агенту растет, и аддикту требуется все более интенсивный контакт с аддиктивным агентом. Формируется непреодолимое влечение к взаимодействию с аддиктивным агентом.

На этой стадии, аддикты практически не обращаются за психологической помощью. Непреодолимое влечение к аддиктивному агенту несколько не тяготит аддикта. Попытки настойчиво предложить или навязать психологическую помощь заканчиваются формированием негативного отношения к психологам и психотерапевтам.

2) На второй стадии, интенсивность контакта с аддиктивным агентом достигает пика своих возможностей. У аддикта начинают проявляться симптомы психических расстройств различной степени тяжести. У аддикта возникает ощущение, что ситуация выходит из под контроля. Его начинают тяготить возникающие симптомы, он начинает задумываться на тему возможной профессиональной помощи.

Именно на этой стадии аддикты чаще всего обращаются за психологической помощью. Но, мотивация аддиктов касается именно избавления от появившихся симптомов психических расстройств. Основная мотивационная идея – это идея о том, что избавившись от симптомов, можно будет вернуть ощущение контроля над ситуацией.

Еще одна мотивационная идея, которая идет рядом с предыдущей - это идея об установлении контроля над аддиктивным агентом, например, гемблер хочет взять под контроль игру. Аддикту кажется, что аддиктивный агент как будто бы живет своей жизнью, это почти одушевленный предмет в глазах аддикта. А когда носителем аддиктивного агента

является живой человек, например, при аддикции отношений, или любовной аддикции, эта иллюзия закрепляется еще больше и аддикт хочет взять под контроль конкретного человека.

Без психотерапевтического, либо медикаментозного вмешательства, на второй стадии начинает развиваться психопатология аддиктивного процесса. Аддикция подчиняет себе эмоционально волевую сферу человека, подавляется система доминирующих потребностей, начинается происходить процесс личностной и социальной деградации, происходит субъективно ощущаемое ухудшение здоровья. Аддикта зачастую начинает тяготить непреодолимое влечение к аддиктивному агенту.

3) На третьей стадии толерантность к аддиктивному агенту снижается. Достаточно небольших доз, сравнительно со второй стадией. Организм уже не может нормально функционировать без контакта с аддиктивным агентом. Аддиктивный процесс подчиняет себе все сферы жизни аддикта. Психические расстройства переходят в хроническую стадию, усиливается деградация личности и социальная деградация. Жизнь аддикта стремительно разрушается.

На этой стадии аддикты часто готовы пассивно принимать помощь, но в вероятность существенных изменений не верят, они чувствуют, что деградируют и готовы смириться с этим. Уровень жизненных притязаний существенно снижается, степень ответственности за свою жизнь и здоровье минимальная. Аддикция становится для них каким-то самостоятельным процессом, неподвластным их воле и желаниям. Непреодолимое влечение к аддиктивному агенту перестает тяготить и воспринимается как неотъемлемая часть жизни.

Первое, что нужно усвоить специалисту при оказании психологической помощи аддиктам – это то, что пока аддикт сам не обратился за помощью, никакая полезная работа с ним практически не возможна.

Второе – если аддикт обратился за психологической помощью, то это еще не значит, что он собирается перестать быть аддиктом.

Третье – психологическая помощь должна быть ориентирована на фактический запрос аддикта, а не на теоретические идеи преодоления аддикции и развития аддиктивной личности, описанные в учебниках.

Психологическая помощь аддикту делится на три этапа:

1. Сбор информации

На этом этапе основными инструментами психолога являются – эмпатическое слушание и наводящие вопросы.

Задачи этого этапа – выяснить мотивацию прихода аддикта на прием, и сформировать как можно более глубокую и раскрытую картину развития аддиктивного процесса. При этом наводящие вопросы должны быть сформулированы так, чтобы аддикт представлял информацию сам, а не отвечал по принципу «да»/ «нет» / «может быть» Психолога интересует все. Как произошла фиксация? Как развивался аддиктивный процесс? Какое время он выполнял свою защитную функцию без сбоев? Когда начались проблемы? Как он эти проблемы интерпретирует? и т.д. Важно собрать как можно больше пазлов общей картины формирования и развития аддиктивного процесса. Важно сформировать представление о том, как отражается картина аддиктивного процесса в глазах самого аддикта. Как он интерпретирует начальный этап развития аддикции, как интерпретирует историю развития, и как относится к своей нынешней ситуации.

Когда картина в восприятии психолога сформирована, необходимо до всех остальных мероприятий выяснить мотивацию аддикта. Чего он хочет получить от прихода к психологу, на что рассчитывает, чем психолог может ему помочь по его мнению?

2. Мотивационный этап

Основными задачами мотивационного этапа являются коррекция анозогнозии аддикта, формулирование психотерапевтического запроса, и заключение психотерапевтического контракта.

На основании материала полученного на предыдущем этапе, психолог должен выстроить картину развития всего аддиктивного процесса, начиная даже не с момента фиксации агента, а с предпосылок для развития аддикции.

Предпосылки часто можно найти в семейной истории аддикта. Психолог должен максимально доступно, используя слова и термины, полученные от самого аддикта на предыдущем этапе, раскрыть всю картину развития патологического процесса своему клиенту.

Когда картина изложена, психолог должен получить обратную связь от аддикта, по поводу услышанного материала. Все ли правильно понято, со всем ли согласен аддикт. Если у клиента возникли какие-то дополнительные вопросы по поводу услышанного, их надо разъяснить. Если возникли какие-то противоречия в восприятии аддикта, их надо развеять.

Далее, когда аддикт согласен с картиной развития процесса, его снова необходимо спросить по поводу его мотивации. Изменилась ли она, либо она осталась прежней? Если изменилась, то, что именно хочет теперь аддикт от психотерапевтического взаимодействия с психологом, далее принимаем озвученную мотивацию как психотерапевтический запрос.

В случае если мотивация не изменилась необходимо проговорить причинно-следственную связь между симптомами и основной проблемой. Если аддикт настаивает на изначально озвученной мотивации, то принимаем её как психотерапевтический запрос.

Следует отметить, что, несмотря на все проговоры и на то, что аддикт на данном этапе может изменить запрос с работы с симптомом на работу с корневой проблемой, в психотерапевтическом процессе аддикт может изменить свое мнение и вернуться к идее работы с симптомом. Это происходит потому, что изначальная смена запроса может быть лишь формальной, озвученной чтобы не показаться психологу глупым или каким-то еще. В этом случае, принимаем истинный запрос, не настаивая на повторном утверждении формально озвученного.

Этот подход будет хорошей основой для возвращения аддикта в психотерапию после повторного возвращения симптомов через какое-то время.

Далее, когда психотерапевтический запрос сформулирован, необходимо обсудить правила психотерапевтического взаимодействия. Насколько часто аддикт будет посещать прием, в какое время, готов ли аддикт выполнять домашние задания, что будет в случае, если аддикт не сможет прийти по какой-то причине и т.д.

3. Психотерапевтический этап

Основными задачами психотерапевтического этапа являются:

- 1) Коррекция актуального состояния (работа с симптомом)
- 2) Обучение аддикта альтернативным техникам вхождения в измененное состояние сознания.
- 3) Обучение аддикта техникам произвольной регуляции эмоционального состояния.
- 4) Развитие эмоционально-волевой сферы.

Рассмотрим особенности построения психокоррекционной работы с детьми и подростками имеющими компьютерную зависимость.

Все аддиктивные расстройства имеют общие психологические механизмы, поэтому коррекция компьютерной аддикции не может ограничиваться лишь элиминацией данного средства аддиктивной реализации. В случае компьютерной зависимости большинство специалистов рекомендуют индивидуальную и/или групповую психотерапию, с акцентом на работе с образами, эмоциями, потому что аддикты, как правило, имеют значительные

затруднения в эмоциональном плане. Учитывая определенные трудности в осуществлении межличностных взаимоотношений и социальной адаптации у лиц с компьютерной зависимостью, в лечении лучше всего использовать именно групповые виды терапии.

Задачи групповой терапии:

- повышение самооценки и самосознания;
- усиление контроля над импульсами;
- увеличение стабильности межличностных отношений;
- социальная адаптация.

Перспективно также применение семейной психотерапии, так как очень часто в основе компьютерной аддикции лежит семейная дисфункция и неадекватный стиль воспитания и взаимоотношений с ребенком. Кроме того, ученые предлагают обращаться к службе анонимной помощи или к виртуальной психологической службе в рунете.

В настоящее время многие исследователи считают очень перспективным применение когнитивно-бихевиоральной терапии с целью коррекции компьютерозависимого поведения.

Alex S. Hall и Jeffrey Parsons (2001) рекомендуют использовать когнитивную терапию по двум причинам: это классически и доступно, не нуждается в дополнительных тренингах.

Когнитивно-бихевиоральная терапия, или моделирование поведения, будучи синтезом поведенческих методов с теорией информационных действий, является поучительной практикой, направленной на формирование у пациентов новых паттернов поведенческих реакций.

Но в некоторых случаях необходима госпитализация в стационар для купирования абстинентного синдрома. Акцент в лечении делают на психокоррекционные методы. При необходимости к психотерапевтическим методам воздействия необходимо присоединить психофармакотерапию препаратами, которые снимают психоэмоциональное напряжение: антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), анксиолитики и/или седативные препараты.

Maressa Hecht Orzack, Andrew C. Voluse, John Hennen (2000) свидетельствуют, что доступность, вседозволенность и анонимность при использовании Интернета приводят к развитию еще одного вида компьютерной зависимости — сексуальной компьютерной зависимости. Было установлено, что применение комбинации таких методов терапии, как «готовность измениться» (Readiness to change), когнитивно-бихевиоральная терапия (Cognitive-Behavioral Therapy) и «повышение мотиваций» (Motivational Enhancement Therapy) для лечения группы мужчин с проблематичным сексуальным поведением в сети имеет позитивный эффект. Такая терапия способствует редукции сексуального аддиктивного поведения в Интернете, уменьшению депрессии и увеличению качества жизни этих пациентов. Также такое лечение особенно эффективно для больных с тревожными и биполярными расстройствами.

Виртуальная реальность — это нематериальность влияния, условность параметров и эфемерность, это не есть жизнь, а лишь вторичная часть жизни, параллельный, но не основной процесс. Нет смысла игнорировать компьютерные возможности, необходимо их использовать по мере необходимости, а развлечения в виде компьютерных игр необходимо комбинировать с активными действиями в реальном мире.

Исследователями предлагается несколько вариантов коррекционного воздействия, базирующиеся на разных моделях аддикции.

Программа коррекции компьютерозависимого поведения (медицинская модель):

Главной целью первого диагностического этапа (который в среднем продолжается 2 недели) является преодоление внутреннего сопротивления, разработка медикаментозной и психотерапевтической тактики лечения. Пациент еще не готов к изменениям, может не

понимать, что проблема существует. Терапевт должен найти мотивацию двигаться вперед, обсудить сначала позитивные черты использования компьютера, потом негативные последствия чрезмерного использования компьютера. Больной может провести связь между компьютерной деятельностью и негативными последствиями (проблемы в школе, на работе, жалобы родителей). Не нужно сразу учить и давать советы, это может вызвать возмущение пациента. Нужно определить существенные условия, представление пациента, правила и принципы жизни, оценку данной ситуации. Необходимо информировать пациента о патологическом использовании компьютера, причинах возникновения компьютерной зависимости, о характерных признаках, стадиях развития, средствах коррекции и профилактики возникновения этого состояния. Наиболее продуктивно информировать пациента о негативных последствиях работы с компьютером можно лишь тогда, когда пациент готов к изменениям.

На втором этапе — информационно-обучающем — пациент уже готов к изменениям, но это решение не имеет стойкой базы. Цель этого этапа — осознание проблемы. Нужно показать барьеры на пути изменений, а также позитивные моменты изменения поведения. Пациент чаще ощущает подавленность в начале этого этапа. На индивидуальных обучающих занятиях врач поддерживает пациента, показывает успех других больных с такой проблемой. При решении определенной выше задачи моделировалась эмоционально насыщенная проблемная ситуация, которая приводила к формированию новой субъективной модели проблемы. Обсуждалось соответствие личного случая общим критериям патологического использования компьютеров. Длительность этапа — 2 недели.

Третий этап — модификация поведенческих стратегий. Цель — подготовка пациента к реальным действиям для изменения своего поведения и преодоления фрустрации с направлением на успех, модификация плана действий. Пациент готов к определению направления и этапов изменения поведения. Он должен научиться контролировать время работы за компьютером (посредством разных средств — часов, таймера на компьютере, перерывов на прогулки, выполнение домашних заданий, встреч с друзьями и т. п.). Тактика терапии связана с особенностями пациента. Работа с больным направлена на осознание того обстоятельства, что несмотря на решение изменить свое поведение, он не может контролировать внутренние и внешние обстоятельства, которые могут способствовать срыву. Нужно выяснить расписание пациента, нужен ли ему компьютер для работы, как часто он обращается к компьютеру, какой вид активности ему еще нравится и другое. После того, как стратегии лечения выделены, план действий сложен, проводится воплощение пациентом плана в жизнь (осознанное поведение).

Терапевт должен поддерживать все позитивные изменения и контролировать действия пациента. В начале пациент может фиксировать явные признаки надвигающегося срыва, усиления фантазий о компьютере, росте эмоционального напряжения. Может произойти так, что пациент начнет возвращаться к начальным стадиям работы. В этом случае ему нужно объяснить, что это нормальный процесс и необходимо немало усилий, чтобы двигаться вперед, но это реально. Цель — помочь преодолеть фрустрацию и выработать стратегию поведения, направленную на успех, помочь модифицировать план действий, и продолжать поддерживать попытки пациента измениться. Эта стадия может продолжаться очень долго, потому что аддиктивное поведение необходимо преодолеть. Врач активно содействует усилиям пациента, направленным на пробуждение конструктивных мотивов его личности. Длительность этапа — около 4 недель.

Этап коррекции семейных и социальных отношений. Этот этап начинается, когда пациент уже может контролировать свое поведение. Цель — предотвратить возникновение рецидива. Можно предложить больному вести запись в журнале, где отмечать время, ощущение и события, которые провоцируют возвращение к компьютеру, то есть рецидив. Тогда вместе с пациентом будет легче разобраться, что именно приводит к провокации компьютерозависимого поведения. Очень важную роль играет социальная поддержка

(родители, учителя, друзья). На данном этапе главное значение приобретает обучающая и поддерживающая работа с членами семьи. Со стороны врача необходимо довести правдивую информацию о компьютерной зависимости, попытаться решить существующие семейные конфликты и разработать адекватные стратегии нивелирования ситуаций, провоцирующих компьютерозависимое поведение пациента. Укоры членов семьи могут уменьшать самооценку пациента и контроль над эмоциями, содействовать напряжению в аффективной сфере и приводить к поиску эмоциональной разрядки. Длительность этапа — около 2-3 недель.

Этап преодоления последствий компьютерной зависимости. Этот этап наступает тогда, когда проблема компьютерной зависимости уже не существует. Уже не нужно контролировать время за компьютером посредством часов, врача или членов семьи. На данном этапе врач вместе с пациентом составляют план поэтапной реабилитации в профессиональной сфере, отношениях с родственниками и друзьями. Определяются возможные жизненные препятствия и способы их решения (длительность — 2-4 недели).

У лиц молодого возраста эта схема динамична, а продолжительность этапов индивидуальна.

При проведении психокоррекционной работы значительное внимание следует уделять ликвидации и дезактуализации психотравмирующих факторов и ситуаций.

При необходимости должна применяться медикаментозная терапия препаратами, которые снимают психоэмоциональное напряжение: антидепрессантами, седативными препаратами, анксиолитиками, атипичными антипсихотиками. Терапевтическая тактика при симптоматической компьютерной зависимости определялась доминирующим психопатологическим синдромом.

Таким образом, компьютерная зависимость представляет собой новую проблему для человечества. Это расстройство нуждается в эффективных способах профилактики и коррекции не только силами родственников, психологов, психиатров и других специалистов. Весьма перспективным является создание организации взаимопомощи пациентов «Анонимные компьютерные аддикты».

Л.О. Пережогиным и Н.В. Вострокнутовым предложена психокоррекционная программа (психологическая модель) для подростков с компьютерной аддикцией, которая включила в себя следующие этапы:

Первый этап – консультативно-диагностический (2–4 встречи). Он включал индивидуальное консультирование ребенка и семейное консультирование, заключение так называемого семейного договора, с ребенком оговаривались его новые обязанности и домашние дела, которые он должен выполнять, чтобы уважали его право на «компьютерное время».

Второй этап – коррекционно-терапевтический (5–7 занятий). Первые шаги включали коррекцию соматотелесных проявлений формирующейся зависимости, а именно: миалгий, нарушений сна с коррекцией ритма «сон–бодрствование». Осваивался комплекс навыков релаксации. Формировалась диссоциация в структуре аддиктивной личности двух «Я»: одно «Я» – слабое, зависимое от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое «Я» – сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность. Основная задача этого этапа по сути сводилась к диссоциации «Я», в основе которой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к компьютерной игре в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может встать над игрой и определять свое время в ней.

Третий этап – коррекционно-поддерживающий (5–7 занятий). Он включал выработку навыка ведения дневника примирения и содружества «Я сильного» и «Я зависимого» с выработкой и закреплением альтернативных форм работы с персональным компьютером. Одновременно формировались и закреплялись навыки ступенчатой аутогенной тренировки.

4. РАЗРАБОТКА КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИХ И КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

4.1. Организация коррекционно-развивающей и коррекционно-профилактической работы

Как отмечалось ранее, в практике психологов коррекционная работа идет рука об руку с развивающей и профилактической деятельностью. Коррекционно-развивающая и профилактическая работа может строиться следующим образом.

1 этап. На данном этапе осуществляется планирование целей, задач, стратегии и тактики коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей работы. Основанием для такого планирования выступают результаты психодиагностического обследования и сформулированные на их основе психологический диагноз и психологический прогноз.

2 этап. Основной целью данного этапа является разработка программы коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей работы. Определяются формы (индивидуальная или групповая), содержание занятий, предпочтительные методы работы. Если к работе привлекаются другие специалисты или родители, то определяются формы их участия в реализации программы.

3 этап. На данном этапе осуществляется организация условий, необходимых для реализации коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей программы. Во-первых, необходимо скомплектовать коррекционную группу. Принципы отбора участников могут быть самыми разнообразными: по целям и задачам развития данных участников, по возрастным признакам (одновозрастные или разновозрастные), по методам и приемам коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей работы и т.д. Во-вторых, создается предметно-развивающая среда, отвечающая задачам программы. В-третьих, идет обсуждение программы с заинтересованными лицами: администрацией образовательного учреждения, педагогами, родителями.

4 этап. Данный этап является самым трудоемким, так как представляет собой реализацию коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей программы. Основную часть этапа составляет проведение системы профилактических и коррекционно-развивающих занятий. В ходе работы психологу необходимо осуществлять постоянный контроль за промежуточными результатами, анализировать свои ошибки и оперативно корректировать свою деятельность для того, чтобы достичь наилучших конечных результатов. Кроме того, следует информировать всех заинтересованных лиц о ходе развивающей работы. В целом, реализация программы может занимать 4-5 недель и состоять из 10-12 занятий.

5 этап - заключительный. Психолог совместно с другими участниками работы осуществляют итоговый анализ. Оценивается эффективность коррекционно-профилактической, либо коррекционно-развивающей программы. При оценке эффективности следует помнить, что результаты психологической работы не всегда проявляются быстро и не бывают столь наглядными и очевидными, как результаты обучения. Поэтому, об эффективности работы необходимо судить не только по показателям повторного диагностического обследования, но и по отсроченным, постепенно проявляющимся у участников изменениям. В связи с этим, на данном этапе формулируются психолого-педагогические рекомендации, нацеленные на закрепление достигнутых каждым участником результатов.

4.2. Модели коррекционно-развивающей и коррекционно-профилактической работы

Составление коррекционной программы будет определяться моделью коррекции, выбираемой психологом. А.А. Осипова (2002) следующим образом рассматривает данные модели.

Общая модель коррекции – это система условий оптимального возрастного развития личности в целом. Она предполагает расширение, углубление, уточнение представлений человека об окружающем мире, о людях, общественных событиях, о связях и отношениях между ними; использование различных видов деятельности для развития системности мышления, анализирующего восприятия, наблюдательности и т.д.; щадящий охранительный характер проведения занятий, учитывающий состояние здоровья клиента (особенно у клиентов, переживших посттравматический стресс, находящихся в неблагоприятных социальных и физических условиях развития). Необходимо оптимальное распределение нагрузки в течение занятия, дня, недели, года, контроль и учет состояния клиента.

Типовая модель коррекции основана на организации практических действий на различных основах; направлена на овладение различными компонентами действий и поэтапное формирование различных действий.

Индивидуальная модель коррекции включает в себя определение индивидуальной характеристики психического развития клиента, его интересов, обучаемости, типичных проблем; выявление ведущих видов деятельности или проблем, особенностей функционирования отдельных сфер в целом, определение уровня развития различных действий; составление программы индивидуального развития с опорой на более сформированные стороны, действия ведущей системы для осуществления переноса полученных знаний в новые виды деятельности и сферы жизни конкретного человека.

Существуют **стандартизированные** и **свободные** (ориентированные на настоящий момент) коррекционные программы.

В стандартизированной программе четко расписаны этапы коррекции, необходимые материалы, требования, предъявляемые к участникам данной программы. Перед началом осуществления коррекционных мероприятий психолог должен проверить возможности реализации всех этапов программы, наличие необходимых материалов, соответствие возможностей, предъявляемых к участникам данной программы.

Свободную программу психолог составляет самостоятельно, определяя цели и задачи этапов коррекции, продумывая ход встреч, намечая ориентиры результата достижений для перехода к следующим этапам психокоррекции.

Целенаправленное воздействие на клиента осуществляется через **психокоррекционный комплекс**, состоящий из нескольких взаимосвязанных блоков. Каждый блок направлен на решение различных задач и состоит из особых методов и приемов.

Психокоррекционный комплекс включает в себя *четыре основных блока*:

1. Диагностический.
2. Установочный.
3. Коррекционный.
4. Блок оценки эффективности коррекционных воздействий.

Диагностический блок. *Цель:* диагностика особенностей развития личности, выявление факторов риска, формирование общей программы психологической коррекции.

Установочный блок. *Цель:* побуждение желания взаимодействовать, снятие тревожности, повышение уверенности клиента в себе, формирование желания сотрудничать с психологом и что-либо изменить в своей жизни.

Коррекционный блок. *Цель:* гармонизация и оптимизация развития клиента, переход от отрицательной фазы развития к положительной, овладение способами взаимодействия с миром и самим собой, определенными способами деятельности.

Блок оценки эффективности коррекционных воздействий. *Цель:* измерение психологического содержания и динамики реакций, способствование появлению позитивных поведенческих реакций и переживаний, стабилизация позитивной самооценки.

А.А. Осипова (2002) сформулировала основные требования к составлению коррекционных программ.

- четкая формулировка цели коррекционной работы;
- определение круга задач, которые конкретизируют цели коррекционной работы;
- правильный выбор стратегии и тактики проведения коррекционной работы;
- четко определенные формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная) с клиентом;
- адекватный отбор методики и техники коррекционной работы;
- определение *общего* времени, необходимого для реализации всей коррекционной программы;
- определение частоты необходимых встреч (ежедневно, 1 раз в неделю, 2 раза в неделю, 1 раз в две недели и т.д.);
- определение длительности каждого коррекционного занятия (от 10–15 мин в начале коррекционной программы до 1,5–2 ч на заключительном этапе);
- разработка коррекционной программы и определение содержания коррекционных занятий;
- планирование форм участия других лиц в работе (при работе с семьей - подключение родственников, значимых взрослых и т.д.);
- реализация коррекционной программы (необходимо предусмотреть контроль динамики хода коррекционной работы, возможности внесения дополнений и изменений в программу);
- подготовка необходимых материалов и оборудования.

По завершении коррекционных мероприятий составляется психологическое или психолого-педагогическое заключение о целях, задачах и результатах реализованной коррекционной программы с оценкой ее эффективности.

4.3. Структура коррекционного занятия

При проведении коррекционной работы важно сделать правильный выбор структуры коррекционных занятий. На сегодняшний день не сложилось единого представления о том, какова структура такого занятия. А.С. Спиваковская (1998) предлагает использовать следующую структуру, включающую в себя ритуал приветствия, разминку, рефлекссию прошлого занятия, ритуал прощания.

Ритуалы приветствия-прощания позволяют сплачивать участников, создавать атмосферу группового доверия и принятия. В качестве ритуала может выступать групповая песня, речитатив или какая-либо игра. Задача психолога – наблюдать за тем, чтобы принятый ритуал выполнялся на каждом занятии всеми участниками.

Разминка является средством воздействия на эмоциональное состояние участников, уровень их активности, выполняет важную функцию настройки на продуктивную групповую деятельность.

Разминка проводится в начале занятия и между отдельными упражнениями.

Основное содержание занятия – это система игр и упражнений, позволяющих решать развивающие задачи данного занятия. Это 2-4 игры (упражнения), часть которых уже знакома участникам. Последовательность игр (упражнений) должна предполагать чередование деятельностей, смену психофизического состояния участников: от подвижного к спокойному, от интеллектуальной игры к подвижной и т.д.

Рефлексия занятия предполагает оценку занятия в эмоциональном (понравилось - не понравилось) и смысловом (почему это важно, зачем мы это делали) аспектах.

4.4. Документация по коррекционной работе

Форма № 8

(обязательна для учреждений специального образования)

ПРОГРАММА

коррекционно - развивающих занятий

1. Пояснительная записка:

- актуальность темы, цели программы (представлены в виде, позволяющем определить ее значимость для работы с данным контингентом);
- задачи (представлены в виде, определяющем пути достижения цели участниками занятий);
- адресат (с кем будут проводиться занятия: дети, педагоги, родители);
- содержание (представлено в виде, раскрывающем содержание разделов).

2. Тематический план занятий:

Таблица 2

Тема	Цели и задачи	Наименование форм работы, упражнений
1	2	3

3. Список литературы (которую могут использовать участники группы).

Ведущий Ф.И.О., должность

Форма №9

(обязательна для образовательных учреждений, реализующих авторские, инновационные программы)

Требования к авторским программам

Критерии оценки авторских программ:

- Научно-практическая новизна.
- Научная обоснованность.
- Актуальность и перспективность.
- Практическая направленность.
- Наличие межпредметных и внутрипредметных связей.
- Представленность результатов апробации.
- Перечень представляемых документов:

1. Программа:

– Пояснительная записка, предусматривающая раскрытие актуальности, целей и задач курса, длительность курса, его продолжительность, возрастные категории обучающихся, ожидаемые результаты.

– Содержание программы по разделам с точно сформулированными темами, с указанием количества часов, отводимых на каждую из них.

– Практическая часть, занимаемое ею место в курсе.

– Список литературы, которую могут использовать обучающиеся, обучаемые, и которую использовал автор.

2. Примерный тематический план. Направления защиты программы:

– Обоснование выбора курса.

– Цели и задачи курса.

– Содержание курса.

– Ожидаемые результаты.

– Место данного курса в учебном плане (доля часов, связь другими курсами).

Итак, психологическая коррекция является одним из самых сложных и трудоемких видов профессиональной деятельности психолога. На сегодняшний день выделяется несколько видов психокоррекции, среди которых наиболее эффективным является каузальная коррекция. В реальной практике образовательных учреждений коррекционная работа чаще всего сочетается с развивающей деятельностью. Выбор коррекционного подхода в отечественной психологии рассматривается через призму закономерностей психического развития ребенка (подростка), как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослым в форме усвоения общественно-исторического опыта путем интериоризации и имеющего в качестве результата систему психологических новообразований, специфических для каждой возрастной стадии. Методы коррекционной помощи для детей и подростков, испытывающих трудности в развитии и общении, достаточно разнообразны и при своевременном использовании могут дать хорошие результаты. Однако, для закрепления достигнутого в ходе коррекции результата, необходимо вести дальнейшую психолого-педагогическую работу. Это может быть выполнение рекомендаций или индивидуальное курирование ребенка или подростка, реализация которых не только создаст условия для использования обретенных умений, качеств в ситуации реальной жизнедеятельности, но и обеспечит благоприятный прогноз развития.

5. ПРАКТИКУМ ПО РАЗРАБОТКЕ КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ (ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ)

Практикум представляет собой реализацию проектной деятельности обучающихся в рамках изучаемых дисциплин «Профилактика и терапия аддиктивного поведения», «Проектирование и разработка коррекционно-развивающих программ для детей и подростков». В результате выполнения всех заданий (блоков) обучающиеся должны овладеть следующими компетенциями: ПК-2 - способностью проектировать профилактические и коррекционно-развивающие программы; ПК-3 - способностью проектировать стратегию индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей работы с обучающимися на основе результатов диагностики психического развития обучающегося; ПК-5 - готовностью использовать инновационные обучающие технологии с учетом задач каждого возрастного этапа; ПК-6 - способностью разрабатывать рекомендации участникам образовательных отношений по вопросам развития и обучения обучающегося; ПК-7 - способностью проводить диагностику образовательной среды, определять причины нарушения в обучении, поведении и развитии обучающихся; ПК-12 - способностью

создавать систему проектно-исследовательской деятельности обучающихся как в групповом, так и в индивидуальном варианте.

Опираясь на теоретический материал, изложенный в данном пособии, а также привлекая дополнительные источники, необходимо выполнить задания каждого из блоков.

5.1. Работа над теоретическим обоснованием коррекционно-профилактической работы, включая психодиагностику нарушений (первый блок)

Таблица 3

Методическое сопровождение практикума (первый блок)

Тема задания	Содержание задания	Отчетность
1 Изучение аддиктивного поведения (индивидуальная работа)	<p>Выбрать по одному виду химической и нехимической аддикций;</p> <p>Описать сущностные характеристики данных видов аддикции;</p> <p>Выявить механизмы возникновения данных видов аддикции;</p> <p>Составить перечень признаков, по которым можно определить наличие данной аддикции у человека;</p> <p>Определить типичные последствия аддикции для ее обладателя.</p> <p>Подобрать и апробировать комплекс психодиагностических методик, выявляющих склонность, либо наличие аддиктивных форм поведения</p>	<p>Развернутый доклад</p> <p>Сводная таблица «Диагностический инструментарий».</p> <p>Отчет по апробации комплекса психодиагностических методик.</p>
2 Определение возрастной специфики аддиктивного поведения (групповая работа)	<p>Найти и представить данные о типичном времени (возрасте) возникновения каждого из видов аддикции;</p> <p>Определить возрастные особенности, способствующие возникновению и закреплению аддиктивных форм поведения;</p> <p>Описать социально-психологические факторы, влияющие на возникновение и закрепление аддиктивных форм поведения в детском и подростковом возрастах</p> <p>Подобрать и апробировать комплекс психодиагностических методик, выявляющих возрастные и социально-психологические аспекты формирования аддиктивных форм поведения</p>	<p>Сводная таблица, в которой будут отражены все виды аддикций, соответствующие «возрасты риска» и сопутствующие неблагоприятные социально-психологические условия.</p> <p>Сводная таблица «Диагностический инструментарий».</p> <p>Отчет по апробации комплекса психодиагностических методик.</p>
3 Определение индивидуально-типологических и характерологических основ возникновения	<p>Осуществить информационный поиск и представить данные об органических предпосылках возникновения каждого из видов аддикции (органические поражения головного мозга и нервной системы различного генеза и степени выраженности);</p>	<p>Структурно-логическая схема, отражающая взаимодействие и причинно-следственные связи</p>

Тема задания	Содержание задания	Отчетность
аддиктивного поведения (групповая работа)	<p>Определить индивидуально-типологические особенности (тип нервной системы, тип темперамента, профиль межполушарной асимметрии и т.д.), которые теоретически могут способствовать возникновению и закреплению аддиктивных форм поведения;</p> <p>Определить характерологические особенности (черты характера, акцентуированность личности и т.д.), которые теоретически могут способствовать возникновению и закреплению аддиктивных форм поведения.</p> <p>Подобрать и апробировать комплекс психодиагностических методик, выявляющих индивидуально-типологические и характерологические аспекты формирования аддиктивных форм поведения</p>	<p>всех названных аспектов</p> <p>Сводная таблица «Диагностический инструментарий».</p> <p>Отчет по апробации комплекса психодиагностических методик.</p>

5.2. Освоение компетенций по разработке коррекционно-профилактических программ (второй блок)

Ниже представлены этапы планирования, разработки, организации и осуществления типовой программы (коррекционной, развивающей, профилактической). Для каждого из этапов предлагаются вопросы и задания, выполнение которых позволит закрепить знания и освоить основные умения по разработке подобного рода программ.

Таблица 4

Методическое сопровождение практикума (второй блок)

Тема задания	Содержание задания	Отчетность
1 этап. Планирование цели, задач, стратегии и тактики коррекционно-профилактической работы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Охарактеризуйте назначение и содержание данного этапа. 2. Сформулируйте цель и задачи коррекционно-профилактической работы, соблюдая требования реалистичности, оптимистичности и учета зоны ближайшего развития участников. 3. Определите общую стратегию и тактику ведения коррекционно-развивающей работы, выделяя специфические направления, характерные для коррекции и для профилактической деятельности. 	Устный ответ на практическом занятии
2 этап. Разработка коррекционно-профилактической программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Охарактеризуйте назначение и содержание данного этапа. 2. Составьте пояснительную записку к программе в соответствии с требованиями. 3. Подготовьте обзор методических и практических пособий по профилактической и или коррекционной 	Устный ответ на практическом занятии. Презентация пояснительной записки. Сводная таблица

Тема задания	Содержание задания	Отчетность
	<p>работе по выбранной проблеме. Назовите примерное содержание основной части программы.</p> <p>4. Назовите основные линии взаимодействия психолога с другими специалистами и родителями по решаемой проблеме.</p>	методических и практических пособий.
<p>3 этап. Организация условий для осуществления коррекционно-профилактической работы</p>	<p>1. Охарактеризуйте назначение и содержание данного этапа.</p> <p>2. Разработайте проект предметно-развивающей среды, отвечающей целям программы.</p> <p>3. Перечислите материальные условия, необходимые для решения специфических коррекционных или профилактических задач.</p> <p>4. Объясните, в чем должна заключаться позиция взрослых при решении обсуждаемой проблемы.</p>	<p>Устный ответ на практическом занятии.</p> <p>Презентация проекта предметно-развивающей среды</p>
<p>4 этап. Реализация коррекционно-профилактической программы</p>	<p>1. Охарактеризуйте назначение и содержание данного этапа.</p> <p>2. Раскройте структуру занятия, составьте план одного из занятий в соответствии с требованиями.</p>	<p>Устный ответ на практическом занятии</p> <p>Презентация плана занятия</p>
<p>5 этап. Итоговый анализ коррекционно-профилактической работы</p>	<p>1. Охарактеризуйте назначение и содержание данного этапа.</p> <p>2. Раскройте параметры оценки эффективности коррекционно-профилактической работы.</p> <p>3. Определите предположительный результат работы по обсуждаемой проблеме.</p> <p>4. Составьте рекомендации для педагогов или родителей по обсуждаемой проблеме</p>	<p>Устный ответ на практическом занятии</p> <p>Письменные рекомендации</p>

5.3. Закрепление компетенций по разработке коррекционно-профилактических программ (третий блок)

Таблица 5

Методическое сопровождение практикума (третий блок)

Тема задания	Содержание задания	Отчетность
Создание рабочей группы. Определены стратегии работы.	<p>Основываясь на результатах первого блока, объединитесь в рабочие мини-группы, руководствуясь схожестью изученной проблемы (вида аддикции).</p> <p>Выберете возрастную категорию, на которую будет рассчитана программа (опираясь на проделанный в первом блоке возрастной анализ).</p> <p>Определите приоритетное направление программы (профилактическое, коррекционное, коррекционно-развивающее, коррекционно-профилактическое), опираясь на проделанный в первом блоке анализ возрастных, индивидуально-типологических и характерологических факторов возникновения и закрепления конкретного вида аддиктивного поведения.</p>	Презентация рабочей группы
Разработка программы в рабочей группе	<p>Основываясь на знаниях и умениях, полученных при выполнении второго блока, реализуйте пять этапов разработки типовой программы.</p> <p>В ходе работы осуществляйте промежуточный контроль за результатами своей деятельности.</p> <p>При необходимости обращайтесь за помощью к Вашему преподавателю.</p>	Самостоятельная работа магистрантов в рабочей группе. Консультационная помощь преподавателя.
Защита группового проекта	<p>Продумайте и оформите полученные результаты в виде проекта.</p> <p>Подготовьте выступление по проекту.</p>	Защита группового проекта

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аршинова В.В. Профилактика зависимого поведения: системный подход [Текст] / В.В. Аршинова. — Ростов н/Д: Феникс, 2014. — 414 с.
2. Битянова М.Р. Организация психологической службы в школе [Текст] / М.Р. Битянова. — М.: «Совершенство», 1997. — 298 с.
3. Детская практическая психология [Текст] / Под ред. Т.Д. Марцинковской. — М.: Гардарики, 2000. — 255 с.
4. Овчарова Р.В. Технологии практического психолога образования [Текст] / Р.В. Овчарова. — М.: ТЦ «Сфера», 2000. — 448 с.
5. Осипова А.А. Общая психокоррекция.: Учебное пособие для студентов вузов [Текст] / А.А. Осипова. — М.: ТЦ Сфера, 2002. — 512 с.
6. Основы психодиагностики [Текст] / Под ред. А.Г. Шмелева. — М.: «Феникс», 1996.
7. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., Нехимические зависимости в детской психиатрической практике [Текст] // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 4- С. 86-91.
8. Практическая психология образования [Текст] / Под ред. И.В. Дубровиной. — М.: ТЦ «Сфера», 1997.- 528 с.
9. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы [Текст] / Под ред. И.В. Дубровиной. — М.: 1994.
10. Руководство по аддиктологии [Текст] / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.
11. Савельева Н. Настольная книга педагога-психолога детского образовательного учреждения [Текст] / Н. Савельева. — Ростов н/Д.: Феникс, 2004.- 576 с.
12. Старшенбаум, Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей [Текст] / Г. В. Старшенбаум. - М.: Когито-Центр, 2006. - 367 с.
13. Токарь О.В. Психология развития и возрастная психология в схемах, таблицах, комментариях: учебно-методическое пособие [Текст] / О.В. Токарь; М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное агентство по образованию, ГОУ ВПО "Магнитогорский гос. ун-т". Магнитогорск, 2010. — 68 с.
14. Токарь О.В. Детская практическая психология в кратком изложении [Текст] / О. В. Токарь. — М. : Общество с ограниченной ответственностью "ФЛИНТА" . - 2014. - 224 с.
15. Хозиева М.В. Практикум по возрастно-психологическому консультированию: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / М.В. Хозиева. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 320 с.
16. Широкова Г.А., Жадько Е.Г. Практикум для детского психолога / Серия «Психологический практикум» [Текст] / Г.А. Широкова, Е.Г. Жадько. — Ростов н/Д.: Феникс, 2004.- 320 с.
17. Шпаковская, Е.Ю. Исследование факторов психологической устойчивости к возникновению компьютерной игровой аддикции [Текст] /Е.Ю. Шпаковская //Аспекты психологического здоровья в современных условиях. Коллективная монография. — Уфа: Аэтерна, 2016. - С. 136-166.
18. Шпаковская, Е.Ю. Игровая реальность ролевой онлайн игры (MMORPG) [Текст] /Е.Ю. Шпаковская //Личность в условиях современных социальных изменений: сборник научных статей по итогам научно-исследовательской деятельности преподавателей вузов России и Ближнего зарубежья. - Магнитогорск: МаГУ, 2012, — С. 145-149.
19. Шпаковская, Е.Ю. Коллективизм и индивидуализм в игровой реальности многопользовательских ролевых онлайн игр [Текст] /Е.Ю. Шпаковская //Коллективизм и индивидуализм: идеи и практика: Сборник материалов Международной научной конференции. — Киев-Магнитогорск-Буча: РАНХиГС, 2014. — С. 227-232.

Учебное текстовое электронное издание

**Токарь Оксана Владимировна
Шпаковская Елена Юрьевна**

**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ. РАЗРАБОТКА
КОРРЕКЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ**

Учебно-методическое пособие

1,82 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2016 год
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
Кафедра психологии
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru