



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

**С.А. Бурилкина
И.В. Гурьянова
Н.И. Кузьменко**

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2017

Рецензенты:

заместитель директора по социально-психологической работе,
МУ «Центр социальной помощи семье и детям города Магнитогорска»
А.А. Запьянцева

кандидат психологических наук, доцент,
заведующий кафедрой психологии,
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова»
О.П. Степанова

Бурилкина С.А., Гурьянова И.В., Кузьменко Н.И., Потрикеева О.Л., Пятунин В.А.
Психолого-педагогическая профилактика девиантного поведения [Электронный ресурс] :
учебное пособие / Светлана Анатольевна Бурилкина, Инна Владимировна Гурьянова, Наталья
Ивановна Кузьменко, Ольга Леонидовна Потрикеева, Виталий Александрович Пятунин ;
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». –
Электрон. текстовые дан. (1,26 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»,
2017. – 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.

Учебное пособие затрагивает вопросы психолого-педагогической профилактики девиантного поведения и предназначено для изучения дисциплин «Педагог-психолог в системе профессиональной деятельности» «Профилактика агрессивного поведения» «Профилактика зависимостей», «Профилактика Вич-инфекции среди уязвимых групп населения» и др.

В каждом разделе пособия представлен теоретический материал, вопросы для самостоятельной работы студентов, список рекомендуемой литературы. Также, пособие содержит материалы, необходимые для осуществления итогового контроля.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по направлениям подготовки 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения» 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», 44.03.05 «Педагогическое образование», 39.04.02. «Социальная работа», 39.03.02. «Социальная работа». Учебное пособие может быть полезным для широкого круга читателей, интересующихся проблемой профилактики девиантного поведения

УДК 316.6
ББК 88.53

© Бурилкина С.А., Гурьянова И.В., Кузьменко Н.И.,
Потрикеева О.Л., Пятунин В.А., 2017
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова», 2017

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ПЕДАГОГ-ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	12
1.1. Деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений образования	12
1.2. Деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений социальной защиты	16
1.3. Специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения, работающий в учреждениях правоохранительных органов и учреждениях уголовно-исполнительной системы	27
2. ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ	44
2.1. Агрессивное поведение детей: способы предотвращения	44
2.2. Агрессивное поведение подростков: способы предотвращения	52
2.3. Уровни профилактики	55
3. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ.....	68
3.1. Зависимое (аддиктивное) поведение: основные понятия.....	68
3.2. Зависимое (аддиктивное) поведение: способы предотвращения	86
3.3. Теории профилактики аддикций.....	91
3.4. Уровни профилактики зависимого поведения несовершеннолетних и технологии этих уровней.....	96
4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ.....	110
4.1. Вич-инфекция как общемировая проблема	110
4.2. Основы профилактики ВИЧ-инфекции	115
4.3. Социально-психологическое сопровождение семей, затронутых вич-инфекцией	126
ГЛОССАРИЙ	142

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие «Психолого-педагогическая профилактика девиантного поведения» раскрывает особенности профессиональной деятельности специалиста в области профилактической работы с различными категориями клиентов.

Специализация «Психолого-педагогическая профилактика девиантного поведения» предусматривает:

- способность использовать в профессиональной деятельности концепции и теоретические принципы психического и личностного развития детей и подростков, особенности развития на различных возрастных этапах;
- способность разрабатывать программы развития правосознания, социальной компетентности, социально ответственного поведения, личностного развития в контексте профилактики девиантного поведения, а также коррекции первичных признаков такого поведения;
- способность учитывать современные социальные и психологические условия формирования детей и подростков, особенности образовательной среды;
- способность устанавливать причины и закономерности развития семейной, школьной, социальной дезадаптации и девиантного поведения, его различных видов;
- способность применять развивающие программы, направленные на предупреждение отклоняющегося поведения, проводить психологическую консультативную работу с детьми, подростками и их семьями;
- способность проводить психологическую диагностику с целью выявления признаков отклоняющегося личностного развития, дезадаптации и девиантного поведения, их причин;
- способность проводить оценку рисков и ресурсов позитивного развития социальной и образовательной среды;
- способность проводить психолого-педагогическую экспертизу личностного и социального развития детей, подростков и взрослых, профилактических программ и мероприятий, воспитательных мер, образовательной среды с позиций профилактики девиантного поведения детей и подростков.
- способность владеть методами экспертной психолого-педагогической деятельности;
- способность разрабатывать и использовать программы оказания психологической помощи осужденным и коррекции их девиантного поведения;
- способность применять навыки междисциплинарного взаимодействия с другими участниками образовательного процесса, участвующими в работе с детьми и подростками.

Профессиональная деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения осуществляется в системе учреждений образования, социальной защиты населения, правоохранительных органов, а также в пенитенциарной системе.

Успешная профессиональная деятельность специалиста зависит от овладения целым рядом общекультурных и профессиональных компетенций, компетенций в области диагностико-коррекционной, правоохранительной, экспертно-консультационной деятельности, а также компетенции в области научно-исследовательской и педагогической деятельности. Материалы данного учебного пособия направлены на формирование указанных компетенций.

Общекультурные компетенции предполагают:

- способность понимать и анализировать мировоззренческие, социально и личностно значимые философские проблемы, вопросы ценностно-мотивационной ориентации, значение гуманистических ценностей, свободы и демократии;
- способность понимать движущие силы и закономерности исторического процесса, уважительно и бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям, толерантно воспринимать социально-культурные различия;

- способность ориентироваться в политических и социальных процессах, использовать знания и методы гуманитарных и социальных наук при решении профессиональных задач;
- способность понимать социальную значимость своей профессии, цель и смысл государственной службы, выполнять гражданский и служебный долг, профессиональные задачи в соответствии с нормами морали, профессиональной этики и служебного этикета;
- способность к толерантному поведению, к социальному и профессиональному взаимодействию с учетом этнокультурных и конфессиональных различий, к работе в коллективе, кооперации с коллегами, к предупреждению и конструктивному разрешению конфликтных ситуаций в процессе профессиональной деятельности;
- способность проявлять психологическую устойчивость в сложных и экстремальных условиях, применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции для оптимизации собственной деятельности и психического состояния;
- способность проявлять инициативу, в том числе в ситуациях риска, принимать ответственность за свои решения в рамках профессиональной компетенции, креативно мыслить, творчески решать профессиональные задачи;
- способность владеть культурой научного мышления, анализировать логику рассуждений и высказываний;
- способность осуществлять устную и письменную коммуникации на русском языке, логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь, вести полемику и дискуссии;
- способность к деловому общению, профессиональной коммуникации на одном из иностранных языков;
- способность соблюдать требования законов и иных нормативных правовых актов, не терпимо относиться к коррупционному поведению;
- способность организовать свою жизнь в соответствии с социально значимыми представлениями о здоровом образе жизни, достигать и поддерживать должный уровень физической подготовленности, необходимой для обеспечения социальной активности и полноценной профессиональной деятельности;
- способность анализировать свои возможности, самосовершенствоваться и повышать свой интеллектуальный и общекультурный уровень, профессиональную квалификацию, развивать социальные и профессиональные компетенции, изменять вид и характер своей профессиональной деятельности, адаптироваться к изменяющимся социокультурным условиям и меняющимся условиям профессиональной деятельности;
- способность работать с различными источниками информации, информационными ресурсами и технологиями, применять основные методы, способы и средства получения, хранения, поиска, систематизации, обработки и передачи информации.

Профессиональные компетенции в области воспитательной (социально-педагогической) деятельности предполагают:

- способность анализировать социально-педагогические явления, психолого-педагогические условия эффективности процесса воспитания, социализации и развития личности;
- способность осуществлять практическую деятельность по социально-педагогической, правовой и психологической поддержке семьи, детей и подростков, защите их прав и законных интересов, социальному оздоровлению семьи, координации взаимодействия в этой области различных учреждений, организаций и служб;
- способность взаимодействовать с различными категориями воспитуемых, в том числе в сложных социально-педагогических ситуациях, осуществлять контроль кризисных ситуаций, предупреждение и конструктивное разрешение конфликтов, оказывать помощь в разрешении межличностных конфликтов;

- способность разрабатывать и использовать средства социально-педагогического и психологического воздействия на межличностные и межгрупповые отношения и на отношения субъекта с реальным миром; осуществлять коррекцию воспитательных воздействий, оказываемых на детей и подростков со стороны семьи и социальной среды, в том числе и неформальной, формировать сети социальной и психолого-педагогической поддержки детей и подростков;

- способность реализовывать педагогические и психологические технологии, ориентированные на личностный рост детей и подростков, их гармоничное развитие, формирование установок в отношении здорового образа жизни, толерантности во взаимодействии с окружающим миром, продуктивного преодоления жизненных трудностей;

- способность разрабатывать, реализовывать и оценивать эффективность программ, направленных на формирование нравственно-правовой устойчивости детей и подростков, предупреждение нарушений и отклонений в социальном и личностном статусе, рисков асоциального поведения;

- способность обеспечивать ресоциализацию несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе в процессе отбывания наказания, и последующую адаптацию после освобождения из пенитенциарного учреждения или выпуска из специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением;

Компетенции в области диагностико-коррекционной деятельности предполагают:

- способность выявлять специфику психического функционирования человека с учётом особенностей возрастных этапов, кризисов развития и факторов риска, его принадлежности к тендерной, этнической и другим социальным группам, диагностировать психологические свойства и состояния человека, характеристики психических процессов и проявлений в различных видах деятельности, проводить мониторинг личностного развития и социального поведения индивидов и групп, составлять психодиагностические заключения и рекомендации по их использованию;

- способность выделять лиц группы риска, осуществлять психолого-педагогическую диагностику несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях или содержащихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей и подростков с девиантным поведением;

- способность устанавливать причины отклоняющегося поведения личности, причины кризиса, в котором оказался ребенок (подросток), причины социального неблагополучия семьи, изучать личностные особенности и социально-бытовые условия жизни детей, семьи и социального окружения, выявлять позитивные и негативные влияния на ребёнка (подростка), а также различного рода проблемы в развитии личности и межличностных взаимоотношениях;

- способность осуществлять психолого-педагогическое консультирование, разрабатывать модели психолого-педагогической диагностики проблем лиц, нуждающихся в коррекционных воздействиях, разрабатывать, выбирать, реализовывать и оценивать эффективность форм, методов коррекционных мероприятий, программ психолого-педагогической помощи и поддержки лиц, склонных к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание, их адаптации к среде пенитенциарного учреждения или специального учебно-воспитательного учреждения;

- способность к комплексному воздействию на уровень развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сфер, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека, осуществлять психологическое и педагогическое вмешательство с целью оказания индивиду, группе психологической помощи.

Компетенции в области правоохранительной деятельности предполагают:

- способность выполнять служебные обязанности по обеспечению законности, правопорядка, безопасности личности, общества, государства, охране общественного порядка;
- способность уважать честь и достоинство личности, соблюдать и защищать права и свободы человека и гражданина, не допускать и пресекать любые проявления произвола, принимать необходимые меры к восстановлению нарушенных прав несовершеннолетних ;
- способность выявлять лиц, совершающих в отношении несовершеннолетних противоправные деяния, а также родителей несовершеннолетних или их законных представителей и должностных лиц, не исполняющих или ненадлежащим образом исполняющих свои обязанности по воспитанию, обучению, содержанию несовершеннолетних; в установленном порядке вносить предложения о применении к ним мер, предусмотренных законодательством;
- способность проводить индивидуальную профилактическую работу в отношении несовершеннолетних, а также в отношении родителей или законных представителей несовершеннолетних, не исполняющих свои обязанности по их обучению, воспитанию, содержанию, отрицательно влияющих на их поведение, либо жестоко обращающихся с ними, осуществлять мероприятия по предупреждению безнадзорности и беспризорности, употребления спиртных напитков, наркомании и токсикомании среди несовершеннолетних, взаимодействовать с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
- способность выявлять причины и условия, способствующие безнадзорности и беспризорности, совершению правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетними и принимать меры к их устранению;
- способность выявлять несовершеннолетних лиц, занимающихся бродяжничеством, попрошайничеством, совершающих противоправные деяния, объявленных в розыск, а также несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства и направлять их в установленном порядке в соответствующие органы или учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, либо в иные учреждения;
- способность рассматривать в установленном порядке заявления и сообщения об административных правонарушениях, общественно опасных деяниях несовершеннолетних, не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность;
- способность осуществлять подготовку материалов для рассмотрения возможности временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей, а также материалов, необходимых для внесения в суд предложений о применении к несовершеннолетним, их родителям или законным представителям мер воздействия, предусмотренных законодательством;
- способность вносить в уголовно-исполнительные инспекции органов юстиции предложения о применении к несовершеннолетним, контроль за поведением которых осуществляют указанные учреждения, мер воздействия, предусмотренных законодательством;
- способность выявлять и пресекать правонарушения и антиобщественные действия, в том числе экстремистской направленности, совершаемые несовершеннолетними, либо в отношении них;
- способность участвовать в расследовании в форме дознания преступлений, совершенных несовершеннолетними;
- способность реализовывать мероприятия по получению юридически значимой информации, её анализу, оценке и эффективному использованию в интересах предупреждения, пресечения, раскрытия и расследования преступлений, совершаемых несовершеннолетними;
- способность использовать при решении профессиональных задач особенности тактики проведения оперативно-служебных мероприятий в соответствии со спецификой будущей профессиональной деятельности;
- способность правильно и полно отражать результаты профессиональной деятельности

в процессуальной и служебной документации;

- способность использовать для решения профессиональных задач специальную технику, оружие, специальные средства;

- способность соблюдать в профессиональной деятельности требования правовых актов в области защиты государственной тайны и информационной безопасности, обеспечивать соблюдение режима секретности;

- способность выполнять профессиональные задачи в особых условиях, чрезвычайных обстоятельствах, чрезвычайных ситуациях, в условиях режима чрезвычайного положения и в военное время, оказывать первую медицинскую помощь, обеспечивать личную безопасность и безопасность граждан в процессе решения служебных задач;

Компетенции в области экспертно-консультационной деятельности предполагают:

- способность консультировать по проблемам семьи и защиты прав и законных интересов детей и подростков;

- способность осуществлять социально-педагогическую и психологическую экспертизы нормативных актов в части охраны прав и законных интересов детей и подростков, в том числе правил и норм охраны труда несовершеннолетних;

- способность осуществлять психолого-педагогическую экспертизу личностного и социального развития детей и подростков, социальной среды, профилактических и коррекционно-реабилитационных программ и мер;

- способность консультировать детей с отклонениями в развитии, их родителей и педагогов по проблемам обучения, развития, жизненного и профессионального самоопределения;

- способность консультировать в области интерперсональных отношений, профориентации, планирования личностного роста;

Компетенции в области научно-исследовательской деятельности предполагают:

- способность обрабатывать, анализировать и систематизировать научную информацию, отечественный и зарубежный опыт по теме исследования;

- способность применять методы проведения прикладных научных исследований, анализировать, обрабатывать и интерпретировать их результаты;

- способность формулировать выводы по теме исследования, готовить отчёты и рекомендации по результатам выполненных исследований;

Компетенции в области организационно-управленческой деятельности предполагают:

- способностью принимать оптимальные управленческие решения;

- способность планировать и организовывать служебную деятельность исполнителей, осуществлять контроль и учет результатов их деятельности;

- способность организовывать межведомственное полипрофессиональное взаимодействие при решении задач комплексной профилактики девиантного поведения, сопровождения, коррекции и реабилитации лиц с девиантным поведением;

- способность выявлять и способствовать пресечению коррупционных проявлений в служебном коллективе;

Компетенции в области педагогической деятельности предполагают:

- способность проводить правовое воспитание, формировать у детей и подростков правосознание, законопослушное поведение и правовую культуру;

- способность проектировать, осуществлять, контролировать и оценивать результаты учебно-воспитательного процесса по дисциплинам психолого-педагогического профиля, организовывать коммуникацию и взаимодействие обучающихся;

- способность к осуществлению работы, направленной на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению;

- способность осуществлять методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса. Согласно Приказу Минобрнауки РФ от 24.12.2010 N 2062 "об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 050407 педагогика и психология девиантного поведения (квалификация (степень) "специалист")", специалист по направлению подготовки (специальности) 050407 Педагогика и психология девиантного поведения должен решать следующие профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности: воспитательную (социально-педагогическую); диагностико-коррекционную; правоохранительную; экспертно-консультационную; научно-исследовательскую; организационно-управленческую; педагогическую.

Задачи в области воспитательной (социально-педагогической) деятельности:

- программирование и прогнозирование процессов воспитания, социализации и развития личности на основе всестороннего анализа социально-педагогической ситуации;
- социально-педагогическая поддержка и решение проблем семьи, детей и подростков, контроль за кризисными ситуациями в целях защиты прав детей и подростков, предупреждение и позитивное разрешение конфликтов, оказание помощи в разрешении межличностных конфликтов;
- координация деятельности различных учреждений, организаций и служб по защите прав и законных интересов детей и подростков, социальному оздоровлению семьи;
- коррекция воспитательных воздействий (в целях усиления позитивных, нейтрализации или переключения негативных), оказываемых на детей и подростков со стороны семьи и социальной среды, в том числе неформальной;
- формирование нравственно-правовой устойчивости детей и подростков, ценностей здорового образа жизни, гармоничного развития, толерантности во взаимодействии с окружающим миром, продуктивного преодоления жизненных трудностей, создание условий для самореализации, развития творческого потенциала личности; разработка, реализация и мониторинг эффективности психолого-педагогических профилактических программ для детей и подростков;
- организация досуга детей и подростков, формирование сети социальной и психолого-педагогической поддержки детей и подростков группы риска;
- обеспечение ресоциализации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе в процессе отбывания наказания, и последующей адаптации после освобождения из пенитенциарного учреждения или выпуска из специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением

Задачи в области диагностико-коррекционной деятельности:

- разработка моделей диагностики проблем лиц, нуждающихся в коррекционных воздействиях, выбор методов сбора первичных данных, их анализ и интерпретация; психолого-педагогическая диагностика личности несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях или содержащихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей и подростков с девиантным поведением, составление диагностических заключений и рекомендаций по их использованию;
- мониторинг личностного развития и социального поведения детей и подростков групп риска с целью профилактики девиантного поведения;
- установление причин отклоняющегося поведения детей и подростков, социального неблагополучия семьи;
- выбор и реализация адекватных форм, методов и программ коррекционных мероприятий, программ педагогического сопровождения и психологической помощи лицам, склонным к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание, их адаптации к среде

пенитенциарного учреждения или специального учебно-воспитательного учреждения;

- коррекция состояний нервно-психической дезадаптации.

Задачи в области правоохранительной деятельности:

- обеспечение законности и правопорядка, безопасности личности, общества, государства, охрана общественного порядка;
- правовое обеспечение соблюдения прав и законных интересов несовершеннолетних;
- разработка и психолого-педагогическое обоснование программ профилактики девиантного поведения в детско-подростковом возрасте, организация системы мер по предупреждению безнадзорности, беспризорности, девиантного поведения несовершеннолетних;
- пресечение правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних;
- выявление и учет несовершеннолетних правонарушителей и родителей, отрицательно влияющих на детей;
- общая профилактика правонарушений несовершеннолетних, индивидуальная профилактическая работа с несовершеннолетними правонарушителями, родителями, отрицательно влияющими на детей;
- работа с несовершеннолетними, доставленными в органы внутренних дел;
- осуществление производства по материалам о помещении несовершеннолетних, не подлежащих уголовной ответственности, в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа;
- осуществление производства по делам об административных правонарушениях, совершенных несовершеннолетними;
- выявление несовершеннолетних, объявленных в розыск, а также несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства;
- организация системы мер по оказанию социально-правовой и иной помощи семьям и детям групп социального риска.

Задачи в области экспертно-консультационной деятельности:

- психолого-педагогическая экспертиза личностного и социального развития детей и подростков, социальной среды, профилактических и коррекционно-реабилитационных программ и мер;
- консультирование по проблемам прав ребенка, семейное консультирование с целью разрешения семейных конфликтов, нормализации детско-родительских отношений и снижения уровня дисфункционального поведения, консультативная помощь детям и родителям, попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- психолого-педагогическое консультирование в области социальной и образовательной деятельности; индивидуальное консультирование в области межличностных отношений, профориентации, личностного роста;
- консультирование по проблемам предупреждения и преодоления девиантного поведения, формирования в коллективах детей и подростков благоприятного морально-психологического климата,-
- консультирование по проблемам детей с отклонениями или задержками в развитии с целью профилактики их дезадаптации и девиантного поведения;
- осуществление социально-педагогической и психологической экспертиз нормативных актов в части охраны прав и законных интересов детей и подростков, правил и норм охраны труда несовершеннолетних.

Задачи в области научно-исследовательской деятельности:

- проведение прикладных научных исследований в соответствии с профилем своей профессиональной деятельности;

- разработка и внедрение практических рекомендаций по результатам научно-исследовательской работы в сфере педагогики и психологии девиантного поведения.

Задачи в области организационно-управленческой деятельности:

- организация работы малых коллективов и групп исполнителей в процессе решения конкретных профессиональных задач;

- организация межведомственного полипрофессионального взаимодействия при решении задач комплексной профилактики девиантного поведения, сопровождения, коррекции и реабилитации лиц с девиантным поведением.

Задачи в области педагогической деятельности:

- преподавание психолого-педагогических дисциплин в общеобразовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и дополнительного образования;

- организация и проведение работы, направленной на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению;

- осуществление правового воспитания.

Представленное учебное пособие затрагивает вопросы психолого-педагогической профилактики девиантного поведения и предназначено для изучения дисциплин «Педагог-психолог в системе профессиональной деятельности» «Профилактика агрессивного поведения» «Профилактика зависимостей», «Профилактика Вич-инфекции среди уязвимых групп населения» и др.

Разделы пособия содержат теоретический материал, вопросы для самостоятельной работы студентов, список рекомендуемой литературы. Также в пособие включены материалы, необходимые для осуществления итогового контроля. В работе имеется глоссарий, раскрывающий суть профессиональных понятий и терминов.

Авторский коллектив: Бурилкина С.А. (раздел 4.3), Гурьнова И.В. (раздел 2), Кузьменко Н.И. (введение, раздел 1.), Потрикеева О.Л. (разделы 4.1. 4.2.), Пятунин В.А. (раздел 3).

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по направлениям подготовки 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения» 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», 44.03.05 «Педагогическое образование», 39.04.02. «Социальная работа», 39.03.02. «Социальная работа». Учебное пособие может быть полезным для широкого круга читателей, интересующихся проблемой профилактики девиантного поведения

1. ПЕДАГОГ-ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. Деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений образования

Характеристика системы образования РФ

Система образования Российской Федерации включает в себя:

1) федеральные государственные образовательные стандарты и федеральные государственные требования, образовательные стандарты, образовательные программы различных видов, уровней и (или) направленности;

2) организации, осуществляющие образовательную деятельность, педагогических работников, обучающихся и родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся;

3) федеральные государственные органы и органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, созданные ими консультативные, совещательные и иные органы;

4) организации, осуществляющие обеспечение образовательной деятельности, оценку качества образования;

5) объединения юридических лиц, работодателей и их объединений, общественные объединения, осуществляющие деятельность в сфере образования.

Образование подразделяется на общее образование, профессиональное образование, дополнительное образование и профессиональное обучение, обеспечивающие возможность реализации права на образование в течение всей жизни (непрерывное образование).

К организациям, входящим в систему образования относят образовательные организации, а также, организации осуществляющие обучение.

Образовательные организации, в свою очередь подразделяются на:

- образовательные организации, реализующие основные образовательные программы;
- образовательных организаций, реализующих дополнительные образовательные программы.

В типологию организаций, реализующих основные образовательные программы, входят:

1) дошкольная образовательная организация (учреждение) - образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по образовательным программам дошкольного образования, присмотр и уход за детьми;

2) общеобразовательная организация (учреждение) - образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по программам начального общего, основного общего и (или) среднего общего образования;

3) профессиональная образовательная организация – образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по программам среднего профессионального образования;

4) образовательная организация высшего образования – образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности деятельность по образовательным программам высшего образования и научную деятельность.

К образовательным организациям, реализующим дополнительные образовательные программы относятся:

1) организация дополнительного образования – образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по дополнительным общеобразовательным программам;

2) организация дополнительного профессионального образования – образовательная организация, осуществляющая в качестве основной цели ее деятельности образовательную деятельность по дополнительным профессиональным программам.

Организации, осуществляющие обучение, включают в себя:

Осуществляющие образовательную деятельность научные организации; организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых; организации, осуществляющие социальное обслуживание, и иные юридические лица.

Организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых, организации, осуществляющие социальное обслуживание, вправе осуществлять образовательную деятельность по основным и дополнительным общеобразовательным программам, основным программам профессионального обучения. (п.п.1,3, ст31 гл3 закона об образовании).

Образовательная организация в зависимости от того, кем она создана, может быть государственной, муниципальной или частной.

Государственной образовательной организацией является образовательная организация, созданная Российской Федерацией или субъектом Российской Федерации.

Муниципальной образовательной организацией является образовательная организация, созданная муниципальным образованием (муниципальным районом или городским округом).

Частной образовательной организацией является образовательная организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации физическим лицом или физическими лицами и (или) юридическим лицом, юридическими лицами или их объединениями, за исключением иностранных религиозных организаций.

Образовательные организации для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальные учебно-воспитательные учреждения открытого и закрытого типа), создаются Российской Федерацией или субъектом Российской Федерации. (гл. 3, ст.22 п.9 Закона об образовании)

Под специальными учебно-воспитательными учреждениями понимают – учреждения для лиц, совершивших социально опасные деяния (правонарушения или преступления), но освобожденных по возрасту от уголовной ответственности.

Данные учреждения находятся в ведении Министерства образования РФ. К специальным учебно-воспитательным учреждениям относятся специальные общеобразовательные школы, и специальные ПТУ (создаются отдельно для девочек и мальчиков).

К учреждениям открытого типа относятся специальные общеобразовательные школы; специальные ПТУ и другие учреждения для несовершеннолетних от 8 до 18 лет. Дети принимаются в них на основании постановления комиссии по делам несовершеннолетних, заключения медико-психологических комиссий и с согласия несовершеннолетних, достигших 14 лет, их родителей или законных представителей.

Основными задачами учреждений открытого типа являются: исправление и социальная реабилитация детей и подростков, их общее и профессиональное обучение.

К учреждениям закрытого типа относятся специальные общеобразовательные школы; специальные профессиональные училища; специальные (коррекционные) образовательные учреждения. В такие учреждения направляются дети в возрасте от 11 до 18 лет, по постановлению судьи не подлежащие уголовной ответственности по возрасту, либо вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, а также, осужденные за совершение преступления средней тяжести и освобожденные от наказания в соответствии со ст.92 УК РФ.

Специальные коррекционные образовательные учреждения предназначены для несо-

вершеннолетних, имеющих нарушения в психофизическом развитии. Такие учреждения создаются для организации педагогического процесса, позволяющего предупредить дезадаптацию детей в условиях образовательного учреждения, обеспечить коррекцию нарушения здоровья и отклонений в развитии, восполнить пробелы дошкольного развития и начального школьного обучения, преодолеть трудности в усвоении учебных дисциплин.

В специальные учебно-воспитательные учреждения несовершеннолетние могут быть помещены до достижения 18 летнего возраста, но на срок не более 3 лет.

Место специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе образовательных учреждений

Специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения, работающий в системе образовательных учреждений, в своей деятельности опирается на квалификационные характеристики должностей работников образования.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. N 761н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования», к педагогу-психологу предъявляется ряд требований.

Должностные обязанности. Осуществляет профессиональную деятельность, направленную на сохранение психического, соматического и социального благополучия обучающихся, воспитанников в процессе воспитания и обучения в образовательных учреждениях. Содействует охране прав личности в соответствии с Конвенцией о правах ребенка. Способствует гармонизации социальной сферы образовательного учреждения и осуществляет превентивные мероприятия по профилактике возникновения социальной дезадаптации. Определяет факторы, препятствующие развитию личности обучающихся, воспитанников и принимает меры по оказанию им различных видов психологической помощи (психокоррекционной, реабилитационной, консультативной). Оказывает консультативную помощь обучающимся, воспитанникам, их родителям (лицам, их заменяющим), педагогическому коллективу в решении конкретных проблем. Проводит психологическую диагностику; используя современные образовательные технологии, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы. Проводит диагностическую, психокоррекционную реабилитационную, консультативную работу, опираясь на достижения в области педагогической и психологической наук, возрастной психологии и школьной гигиены, а также современных информационных технологий. Составляет психолого-педагогические заключения по материалам исследовательских работ с целью ориентации педагогического коллектива, а также родителей (лиц их замещающих) в проблемах личностного и социального развития обучающихся, воспитанников. Ведет документацию по установленной форме, используя ее по назначению. Участвует в планировании и разработке развивающих и коррекционных программ образовательной деятельности с учетом индивидуальных и половозрастных особенностей обучающихся, воспитанников, в обеспечении уровня подготовки обучающихся, воспитанников, соответствующего требованиям федерального государственного образовательного стандарта, федеральным государственным образовательным требованиям. Способствует развитию у обучающихся, воспитанников готовности к ориентации в различных ситуациях жизненного и профессионального самоопределения. Осуществляет психологическую поддержку творчески одаренных обучающихся, воспитанников, содействует их развитию и организации развивающей среды. Определяет у обучающихся, воспитанников степень нарушений (умственных, физиологических, эмоциональных) в развитии, а также различного вида нарушений социального развития и проводит их психолого-педагогическую коррекцию. Участвует в формировании психологической культуры обучающихся, воспитанников, педагогических работников и родителей (лиц их замещающих), в том числе и культуры полового воспитания. Консультирует работников образовательного учреждения по вопросам развития обучающихся, воспитанников, практического применения психологии для решения педагогических задач, повышения социально-психологической компетентности обучающихся, воспитанников, пе-

дагогических работников, родителей (лиц, их заменяющих). Анализирует достижение и подтверждение обучающимися уровней развития и образования (образовательных цензов). Оценивает эффективность образовательной деятельности педагогических работников и педагогического коллектива, учитывая развитие личности обучающихся, используя компьютерные технологии, в т.ч. текстовые редакторы и электронные таблицы в своей деятельности. Участвует в работе педагогических, методических советов, других формах методической работы, в подготовке и проведении родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям (лицам, их заменяющим). Обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся, воспитанников во время образовательного процесса.

С учетом специфики своей профессиональной деятельности, специалист по направлению подготовки (специальности) 050407 «Педагогика и психология девиантного поведения», работающий в системе учреждений образования должен уметь:

- программировать и прогнозировать процессы воспитания, социализации и развития личности на основе всестороннего анализа социально-педагогической ситуации;
- оказывать социально-педагогическую поддержку и решать проблемы семьи, детей и подростков; осуществлять контроль за кризисными ситуациями в целях защиты прав детей и подростков; предупреждать и позитивно разрешать конфликты;
- осуществлять мониторинг личностного развития и социального поведения детей и подростков групп риска с целью профилактики девиантного поведения;
- осуществлять коррекцию состояний нервно-психической дезадаптации детей и подростков;
- осуществлять коррекцию воспитательных воздействий, оказываемых на детей и подростков со стороны семьи и социальной среды;
- формировать нравственно-правовую устойчивость детей и подростков, ценности здорового образа жизни, гармоничного развития, толерантности во взаимодействии с окружающим миром; способствовать продуктивному преодолению жизненных трудностей; создавать условия для самореализации, развития творческого потенциала личности; разрабатывать, реализовывать и осуществлять мониторинг эффективности психолого-педагогических профилактических программ для детей и подростков;
- организовывать досуг детей и подростков; осуществлять социальную и психолого-педагогическую поддержку детей и подростков группы риска;
- создавать условия для ресоциализации несовершеннолетних с девиантным поведением;
- осуществлять психолого-педагогическое консультирование в области социальной и образовательной деятельности; индивидуальное консультирование в области межличностных отношений, профориентации, личностного роста; консультирование по проблемам предупреждения и преодоления девиантного поведения, формирования в коллективах детей и подростков благоприятного морально-психологического климата; консультирование по проблемам детей с отклонениями или задержками в развитии с целью профилактики их дезадаптации и девиантного поведения;

Специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения может также осуществлять преподавание психолого-педагогических дисциплин в общеобразовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и дополнительного образования; организовывать и проводить работу, направленную на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению.

1.2. Деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений социальной защиты

Социальная защита — система мероприятий, осуществляемых государственными и общественными организациями по обеспечению гарантированных минимальных достаточных условий жизни, поддержанию жизни и деятельного существования человека.

Назначение системы социальной защиты состоит в том, чтобы посредством нормативно-правовых, экономических, финансовых, социально-психологических и организационно-технических средств осуществлять поддержку и помощь нуждающимся группам населения и отдельным людям.

Объектами социальной защиты являются дети — лица, не достигшие 18 лет. Разные группы детей нуждаются в различной помощи и в равной степени социальной защиты.

К приоритетным группам детей, в первую очередь нуждающихся в социальной защите, следует отнести: детей-сирот; детей, оставшихся без попечения родителей; детей из девиантных и педагогически запущенных семей; детей из приемных семей, многодетных, неполных; детей-инвалидов; детей, имеющих недостатки в психическом и физическом развитии; детей безработных граждан; детей — жертв вооруженных конфликтов, экологических и техногенных катастроф; детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев; детей, состоящих на профилактическом учете в органах внутренних дел; детей, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним районах.

Социальная защита детства осуществляется в трех сферах:

- сфере семейных отношений;
- в сфере образования;
- а также, в среде обитания ребенка.

Должен быть защищен определенный уровень жизни ребенка (витальные потребности, здоровье физическое и психическое); должна быть обеспечена безопасность ребенка (физическая, экономическая, социальная); должно быть обеспечено право на самореализацию и развитие ребенком своих способностей и возможностей.

К учреждениям социальной защиты детства можно отнести:

- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- систему стационарных учреждений, социальных приютов для детей и подростков, детских домов, интернатов;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- центры социальной адаптации несовершеннолетних и молодежи;
- центры экстренной психологической помощи по телефону;
- специализированные центры психолого-медико-социального и педагогического сопровождения;
- консультационные и реабилитационные службы и иные государственные и муниципальные учреждения социального обслуживания.

Место специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений социальной защиты

Профессиональная деятельность специалистов охватывает достаточно широкий круг клиентов: детей, подростков и взрослых и не может ограничиваться только рамками системы учреждений образования.

Деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения предусматривает решение комплексных задач в сфере психолого-педагогической работы с проблемами девиантного поведения; профилактики девиантного поведения; сопровождения детей и подростков группы риска; коррекции и реабилитации детей, подро-

стков и взрослых с девиантным поведением и, как мы видим, затрагивает не только психологическую но и педагогическую составляющую профессиональной деятельности. Рассмотрим основные положения вышеназванного документа с учетом особенностей профессиональной деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения.

Согласно профессиональному стандарту «Психолог в социальной сфере», основным видом профессиональной деятельности является предоставление психологических услуг в социальной сфере.

Цель такого вида деятельности: профилактика и психологическая коррекция негативных социальных проявлений в поведении социальных групп и отдельных лиц (асоциальное и конфликтное поведение, социальное сиротство и другое); психологическая помощь представителям социально уязвимых слоев населения (мигранты, беженцы) и лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации (в том числе дезадаптированным лицам и девиантам; лицам, имеющим разные виды зависимости, совершившим суицидальные попытки; больным, одиноким и престарелым, сиротам, лицам с ограниченными возможностями здоровья; лицам, получившим посттравматические стрессовые расстройства, находящимся под следствием или в учреждениях пенитенциарной системы).

Профессиональным стандартом установлен следующий перечень трудовых функций:

- подготовка межведомственных команд по оказанию психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам);
- организация мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания;
- оказание психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- организация психологического сопровождения и психологической помощи представителям социально уязвимых слоев населения (клиентам);
- оказание психологической помощи работникам органов и организаций социальной сферы (клиентам);
- психологическое сопровождение процессов, связанных с образованием и деятельностью замещающих семей (клиентов);
- организация работы по созданию системы психологического просвещения населения, работников органов и организаций социальной сферы;
- разработка и реализация профилактической и психокоррекционной работы, направленной на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения.

Рассмотрим каждую из представленных функций подробнее.

1. Подготовка межведомственных команд по оказанию психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам)

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- выявление проблем межведомственного характера в социальной сфере, подготовка предложений по формированию команды специалистов разного профиля для оказания комплексной психологической помощи клиентам;
- разработка совместно со специалистами другого профиля программ межведомственного взаимодействия;
- обучение специалистов межведомственной команды;
- психологическая подготовка специалистов межведомственной команды;
- психологическая оценка эффективности деятельности специалистов межведомственной команды;
- консультирование специалистов межведомственной команды по вопросам оказания

психологической помощи клиентам.

Учет результатов работы.

Для осуществления указанных трудовых функций необходимы следующие умения:

- подбирать эффективные формы и методы психологической подготовки специалистов межведомственной команды в соответствии с поставленными задачами;
- осуществлять психологическую подготовку специалистов межведомственной команды с учетом их уровня квалификации;
- разрабатывать программы подготовки специалистов межведомственных команд по оказанию психологической помощи организациям;
- консультировать отдельных специалистов по работе в межведомственной команде;
- вести документацию и служебную переписку;
- использовать современные технологии работы с информацией, базами данных и иными информационными системами для решения вопросов организации и работы межведомственных команд, оказывающих психологическую помощь в социальной сфере.

Таким образом, видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- координация деятельности различных учреждений, организаций и служб по защите прав и законных интересов детей и подростков, социальному оздоровлению семьи;
- организация работы малых коллективов и групп исполнителей в процессе решения конкретных профессиональных задач;
- организация межведомственного полипрофессионального взаимодействия при решении задач комплексной профилактики девиантного поведения, сопровождения, коррекции и реабилитации лиц с девиантным поведением.

2. Организация мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания

Здесь предусмотрены следующие трудовые действия:

- разработка программ мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения;
- определение психологических критериев соответствия среды проживания населения потребностям и возможностям людей;
- мониторинг психологической безопасности и комфортности среды проживания населения и анализ полученных данных;
- выявление и оценка психологических рисков, факторов социальной и психологической напряженности;
- обобщение полученных данных и разработка на их основе психологических рекомендаций по минимизации негативных явлений;
- подготовка сообщений и публикаций для средств массовой информации (далее — СМИ) по результатам мониторинга;
- оценка эффективности работы, проведенной по результатам мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения;
- учет проведенных работ.

Необходимые умения:

- оценивать риски и факторы социальной и психологической напряженности;
- организовывать работу группы специалистов по оказанию психологической помощи населению, нуждающемуся в ней по результатам мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения, с целью снижения социальной и психологической напряженности;

- разрабатывать материалы по результатам мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения и представлять их в интернет-форумах и СМИ;

- аргументировать свою позицию;

- проводить профилактическую работу по снижению социальной и психологической напряженности с учетом данных мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения;

- проводить индивидуальное и групповое консультирование по проблемам снижения напряженности, обнаруженной при анализе результатов мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения;

- вести документацию и служебную переписку;

- владеть технологиями работы с информационными сетями, основным программным обеспечением, необходимым для проведения мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания населения.

Видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- разработка моделей диагностики проблем лиц, нуждающихся в коррекционных воздействиях; выбор методов сбора первичных данных, их анализ и интерпретация; психолого-педагогическая диагностика личности несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях или содержащихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей и подростков с девиантным поведением; составление диагностических заключений и рекомендаций по их использованию;

- мониторинг личностного развития и социального поведения детей и подростков групп риска с целью профилактики девиантного поведения;

- установление причин отклоняющегося поведения детей и подростков, социального неблагополучия семьи;

3. Оказание психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- разработка индивидуальных программ психологического сопровождения клиентов, в том числе с использованием ресурсов из различных источников;

- создание команды и проведение программ активизации личностных ресурсов клиентов, в том числе на межведомственной основе;

- групповое и индивидуальное консультирование клиентов;

- проведение психологических тренингов по формированию и развитию у клиентов качеств, необходимых для самостоятельной жизни и социализации;

- содействие в создании социально-психологической поддерживающей среды в окружении клиентов;

- разработка программ по использованию ресурсов социальных сетей в целях психологической поддержки клиентов;

- привлечение социального окружения клиентов к их психологической поддержке и создание специальных страничек, блогов, групп в социальных сетях;

- работа по психологическому просвещению и привлечению внимания населения к проблемам клиентов.

Необходимые умения:

- взаимодействовать с разными лицами и группами по вопросам психологической помощи клиентам;

- организовывать психологическое сопровождение клиентов, нуждающихся в психо-

логической помощи;

- оказывать психологическую поддержку клиентам для выхода из трудных жизненных ситуаций;
- создавать социально-психологическую сеть для психологической поддержки клиентов;
- оказывать психологическое воздействие на социальное окружение клиентов в рамках профессиональных этических норм;
- обосновывать применение конкретных психологических технологий для преодоления клиентами трудностей социализации;
- вести психологическую просветительскую деятельность среди населения;
- взаимодействовать с другими работниками органами и организациями социальной сферы по вопросам поддержки лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию;
- разрабатывать программы индивидуальной работы с клиентами с учетом конкретных профессиональных задач;
- разрабатывать программы групповой работы по психологической поддержке клиентов;
- разрабатывать программы оказания психологической помощи членам социальных групп, попавших в трудную жизненную ситуацию, с участием специалистов на межведомственной основе;
- использовать современные технологии работы с информационными базами данных и иными информационными системами для решения вопросов клиентов;
- хранить и обрабатывать персональные данные клиентов
- вести делопроизводство и служебную переписку.

Видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- социально-педагогическая поддержка и решение проблем семьи, детей и подростков; контроль за кризисными ситуациями в целях защиты прав детей и подростков, предупреждение и позитивное разрешение конфликтов, оказание помощи в разрешении межличностных конфликтов.
- коррекция воспитательных воздействий (в целях усиления позитивных, нейтрализации или переключения негативных), оказываемых на детей и подростков со стороны семьи и социальной среды, в том числе и неформальной;
- организация досуга детей и подростков, формирование сети социальной и психолого-педагогической поддержки детей и подростков группы риска;
- выбор и реализация адекватных форм, методов и программ коррекционных мероприятий, программ педагогического сопровождения и психологической помощи лицам, склонным к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание, их адаптации к среде пенитенциарного учреждения или специального учебно-воспитательного учреждения;
- обеспечение ресоциализации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе в процессе отбывания наказания, и последующей адаптации после освобождения из пенитенциарного учреждения или выпуска из специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением;
- коррекция состояний нервно-психической дезадаптации;
- организация системы мер по оказанию социально-правовой и иной помощи семьям и детям групп социального риска.

4. Организация психологического сопровождения и психологической помощи представителям социально уязвимых слоев населения (клиентам)

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- первичная проверка и анализ документов, свидетельствующих о наличии проблем клиентов (протоколы, акты социальных служб, полиции), выявление информации, требующей дополнительной проверки;
- запрос необходимой информации у других специалистов (социальных работников, педагогов, специалистов органов опеки и попечительства);
- подбор комплекса психологических методик, планирование и проведение обследования клиентов;
- обобщение результатов психологического обследования, оценка психологических потребностей, рисков и ресурсов клиентов, выявление психологических особенностей их социального окружения и условий жизни;
- выявление типичных психологических проблем разных социальных групп клиентов;
- разработка совместно с другими специалистами и клиентами «дорожных карт» с целью определения жизненных целей и задач на конкретных этапах социализации, формирования норм социального поведения, в том числе в поликультурной среде;
- разработка программ психологической помощи клиентам, в том числе с привлечением ресурсов из различных источников Индивидуальное или групповое консультирование клиентов по выявленным у них психологическим проблемам с целью нивелирования влияния неблагоприятной среды, помощи в социализации и адаптации к условиям проживания;
- учет выявленных социально уязвимых слоев населения и видов оказанной психологической помощи.

Необходимые умения:

- вступать в контакт и развивать конструктивные отношения с разными социально уязвимыми группами населения;
- разрабатывать программы и проводить психологическое обследование клиентов;
- анализировать полученные в психологическом обследовании результаты, выявлять степень достоверности полученной информации, составлять психологическое заключение;
- адаптировать и применять зарубежный опыт работы по оказанию психологической помощи социально уязвимым группам населения;
- разрабатывать индивидуальные и групповые программы оказания психологической помощи клиентам;
- проводить психологические занятия и тренинги для разнородных групп клиентов;
- применять разные виды и методы индивидуального, группового психологического консультирования в соответствии с возрастом, полом и особенностями жизненной ситуации клиентов;
- создавать команду и работать в команде по оказанию психологической помощи клиентам;
- разрабатывать психологические рекомендации с учетом конкретных задач для дальнейшей работы с клиентами;
- разрешать конфликты и противоречия в работе по оказанию психологической помощи клиентам;
- проводить психологические обследования социального окружения представителей социально уязвимых слоев населения в рамках профессиональных этических норм, прав человека;
- использовать современные технологии работы с информацией, базами данных и иными информационными системами для решения вопросов оказания психологической помощи клиентам;
- вести документацию и служебную переписку.

Видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- психолого-педагогическая экспертиза личностного и социального развития детей и подростков, социальной среды, профилактических и коррекционно-реабилитационных программ и мер;
- консультирование по проблемам прав ребенка, семейное консультирование с целью разрешения семейных конфликтов, нормализации детско-родительских отношений и снижения уровня дисфункционального поведения, консультативная помощь детям и родителям, попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- психолого-педагогическое консультирование в области социальной и образовательной деятельности; индивидуальное консультирование в области межличностных отношений, профориентации, личностного роста;
- консультирование по проблемам предупреждения и преодоления девиантного поведения, формирования в коллективах детей и подростков благоприятного морально-психологического климата;
- консультирование по проблемам детей с отклонениями или задержками в развитии с целью профилактики их дезадаптации и девиантного поведения;
- осуществление социально-педагогической и психологической экспертиз нормативных актов в части охраны прав и законных интересов детей и подростков, правил и норм охраны труда несовершеннолетних;
- разработка и психолого-педагогическое обоснование программ профилактики девиантного поведения в детско-подростковом возрасте, организация системы мер по предупреждению безнадзорности, беспризорности, девиантного поведения несовершеннолетних;
- коррекция состояний нервно-психической дезадаптации.

5. Оказание психологической помощи работникам органов и организаций социальной сферы (клиентам)

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- разработка планов, согласование форм и условий оказания психологической помощи клиентам;
- оказание индивидуальной психологической помощи клиентам;
- проведение тренингов для клиентов в целях повышения эффективности их работы (тренинги командообразования, групповой сплоченности и т. п.);
- проведение психологических тренингов, направленных на расширение и укрепление внутренних ресурсов клиентов;
- консультирование клиентов по вопросам психологических аспектов выбора и сопровождения карьеры, набора, отбора и расстановки кадров, аттестации, работы с кадровым резервом;
- повышение квалификации клиентов по вопросам психологии социальной работы;
- проведение занятий с клиентами по вопросам управления, эффективной организации труда, повышения квалификации;
- создание информационного ресурса по психологии социальной сферы и использование его содержания в деятельности по оказанию психологической помощи клиентам;

Необходимые умения:

- анализировать заявки и обращения органов и организаций социальной сферы на получение психологических услуг;
- проводить психологический анализ и оценку результативности деятельности клиентов в соответствии со стандартами и регламентами в социальной сфере;
- вести переговоры с представителями органов и организаций социальной сферы по реализации их обращений и заявок;

- составлять договоры и другую документацию на оказание психологических услуг в социальной сфере;

- работать с информационными сетями, осуществлять поиск новой информации по профилю деятельности;

- применять на практике методы обучения взрослых, индивидуального и групповой работы для психологической помощи и повышения эффективности профессиональной деятельности клиентов;

- оценивать эффективность оказания психологической помощи клиентам;

- критически оценивать обратную связь от получателей психологических услуг, психологического просвещения в социальной сфере;

- вести документацию, служебную переписку в соответствии с требованиями к документам в социальной сфере;

- разрабатывать новые формы и методы оказания психологической помощи клиентам.

Видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- проведение прикладных научных исследований в соответствии с профилем своей профессиональной деятельности;

- разработка и внедрение практических рекомендаций по результатам научно-исследовательской работы в сфере педагогики и психологии девиантного поведения;

- организация и проведение работы, направленной на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению.

6. Психологическое сопровождение процессов, связанных с образованием и деятельностью замещающих семей (клиентов)

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- психологическое обследование (тестирование) кандидатов и подготовка психологического заключения об их возможности стать замещающими родителями;

- составление программ психологической помощи клиентам с учетом национальных, этнокультурных, конфессиональных особенностей замещающих родителей и детей, передаваемых в семьи;

- разработка программ и проведение групповых и индивидуальных психологических занятий для клиентов (тренинги, дискуссии, разбор ситуаций, ролевые и деловые игры и т. д.);

- консультирование клиентов по психологическим проблемам функционирования замещающих семей;

- подготовка детей к устройству в замещающую семью;

- консультирование детей по психологическим проблемам в замещающих семьях;

- учет данных об оказанной психологической помощи;

Необходимые умения:

- общаться с разными категориями клиентов;

- общаться и взаимодействовать с детьми и подростками разных возрастов;

- проводить психологическое тестирование кандидатов в замещающие родители;

- обеспечивать проверку информации, полученной от кандидатов в замещающие родители;

- определять психологическую безопасность для ребенка среды в замещающей семье и ее окружении;

- разрабатывать программы психологических тренингов, деловых и ролевых игр с уче-

том конкретных задач подготовки клиентов;

- применять активные психологические методы обучения, в том числе проводить психологические тренинги, деловые и ролевые игры;
- адаптировать и применять зарубежный опыт психологической работы с замещающими семьями в практике собственной деятельности;
- применять разные виды и формы консультирования в соответствии с проблемами клиентов;
- использовать современные технологии работы с информацией, базами данных и иными информационными системами для решения вопросов оказания психологической помощи клиентам;
- хранить и обрабатывать персональные данные клиентов;
- вести документацию и служебную переписку.

Видами деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- мониторинг личностного развития и социального поведения детей и подростков групп риска с целью профилактики девиантного поведения;
- установление причин отклоняющегося поведения детей и подростков, социального неблагополучия семьи;
- выбор и реализация адекватных форм, методов и программ коррекционных мероприятий, программ педагогического сопровождения и психологической помощи лицам, склонным к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением;
- коррекция состояний нервно-психической дезадаптации;
- правовое обеспечение соблюдения прав и законных интересов несовершеннолетних;
- разработка и психолого-педагогическое обоснование программ профилактики девиантного поведения в детско-подростковом возрасте, организация системы мер по предупреждению безнадзорности, беспризорности, девиантного поведения несовершеннолетних;
- консультирование по проблемам прав ребенка, семейное консультирование с целью разрешения семейных конфликтов, нормализации детско-родительских отношений и снижения уровня дисфункционального поведения, консультативная помощь детям и родителям, попавшим в трудную жизненную ситуацию;
- психолого-педагогическое консультирование в области социальной и образовательной деятельности; индивидуальное консультирование в области межличностных отношений, профориентации, личностного роста;
- консультирование по проблемам детей с отклонениями или задержками в развитии с целью профилактики их дезадаптации и девиантного поведения.

7. Организация работы по созданию системы психологического просвещения населения, работников органов и организаций социальной сферы

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- разработка плана психологического просвещения населения, работников органов и организаций социальной сферы;
- доведение до сведения государственных и муниципальных органов, организаций социальной сферы информации о перечне психологических услуг и возможности их получения;
- разработка рекомендаций для работников органов и организаций социальной сферы по психологическому просвещению с учетом конкретных задач, решаемых ими;
- организация волонтерских проектов и программ, ориентированных на повышение мотивации в получении психологической помощи;

- подготовка для СМИ информации о психологических услугах в социальной сфере (ролики, передачи на теле- и радиоканалах и т.д.);

- проведение групповых и индивидуальных информационных консультаций о возможности получения психологических услуг;

- привлечение к психологическому просвещению граждан, успешно завершивших программы психологической помощи

- обобщение и оценка результатов работы по психологическому просвещению в целях формирования рекомендаций для ее совершенствования;

- учет проведенных работ;

Необходимые умения:

- анализировать обращения и запросы населения, органов и организаций социальной сферы для корректировки программ психологического просвещения;

- разрабатывать и согласовывать регламенты с органами и организациями социальной сферы;

- использовать результаты мониторинга психологической безопасности и комфортности среды при разработке плана психологического просвещения и проведения информационных консультаций;

- подбирать и разрабатывать инструментарий для оценки результативности работы по психологическому просвещению и возможностям оказания психологических услуг;

- использовать разные формы и методы психологического просвещения, в том числе активные методы (игры, упражнения, тренинги);

- грамотно, доступно любым слоям населения излагать информацию о психологических услугах;

- создавать наглядные материалы для психологического просвещения;

- преодолевать коммуникативные, образовательные, этнические, конфессиональные и другие барьеры в проведении психологического просвещения;

- оценивать результативность психологического просвещения, не нарушая этических норм и прав человека;

- владеть современными технологиями работы с информацией, сетевыми ресурсами, информационными системами и программами;

- вести документацию и служебную переписку.

Видами деятельности, которые может выполнять специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- координация деятельности различных учреждений, организаций и служб по защите прав и законных интересов детей и подростков, социальному оздоровлению семьи;

- разработка и внедрение практических рекомендаций по результатам научно-исследовательской работы в сфере педагогики и психологии девиантного поведения;

- организация и проведение работы, направленной на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению.

8. Разработка и реализация профилактической и психокоррекционной работы, направленной на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения

В рамках данной функции предусмотрены следующие трудовые действия:

- диагностика состояния и динамики психологического здоровья населения, проживающего в субъекте Российской Федерации, муниципальном образовании;

- обобщение информации о рисках и формирование прогноза возможного неблагополучия в состоянии и динамике психологического здоровья населения, проживающего в

субъекте Российской Федерации, муниципальном образовании;

- разработка и реализация совместно с другими специалистами программ профилактической и психокоррекционной работы, направленных на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения;

- консультирование населения по проблемам психологического здоровья;

- оценка результативности программ профилактической и психокоррекционной работы, направленных на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения;

- подготовка материалов о состоянии и динамике психологического здоровья населения и представление их в интернет-форумах и СМИ;

- учет проведенных работ.

Необходимые умения

- организовывать взаимодействие между специалистами по проведению профилактической и психокоррекционной работы;

- анализировать и обобщать данные о состоянии и динамике психологического здоровья населения, выявлять риски его нарушения;

- выявлять проблемы психологического здоровья населения, требующие психокоррекционной работы;

- использовать результаты мониторинга психологической безопасности и комфортности среды проживания для разработки программ профилактической и психокоррекционной работы;

- подбирать и разрабатывать инструментарий для профилактической и психокоррекционной работы, направленной на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения;

- осуществлять разные виды психологического консультирования населения по вопросам психологического здоровья;

- разрабатывать программы и проводить общественные опросы по проблематике психологического здоровья;

- определять источники необходимой информации, осуществлять ее поиск и применять для совершенствования деятельности в области реализации профилактической и психокоррекционной работы с населением;

- вести документацию и служебную переписку.

Видами деятельности, которые может выполнять специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения в рамках указанной трудовой функции могут быть:

- организация работы малых коллективов и групп исполнителей в процессе решения конкретных профессиональных задач;

- организация межведомственного полипрофессионального взаимодействия при решении задач комплексной профилактики девиантного поведения, сопровождения, коррекции и реабилитации лиц с девиантным поведением;

- координация деятельности различных учреждений, организаций и служб по защите прав и законных интересов детей и подростков, социальному оздоровлению семьи;

- осуществление социально-педагогической и психологической экспертиз нормативных актов в части охраны прав и законных интересов детей и подростков, правил и норм охраны труда несовершеннолетних;

- разработка и психолого-педагогическое обоснование программ профилактики девиантного поведения в детско-подростковом возрасте, организация системы мер по предупреждению безнадзорности, беспризорности, девиантного поведения несовершеннолетних;

- разработка моделей диагностики проблем лиц, нуждающихся в коррекционных воздействи-

ях; выбор методов сбора первичных данных, их анализ и интерпретация; психолого-педагогическая диагностика личности несовершеннолетних с девиантным поведением; составление диагностических заключений и рекомендаций по их использованию;

- выбор и реализация адекватных форм, методов и программ коррекционных мероприятий, программ педагогического сопровождения и психологической помощи лицам, склонным к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением.

1.3. Специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения, работающий в учреждениях правоохранительных органов и учреждениях уголовно-исполнительной системы

Система учреждений, осуществляющих правоохранительную деятельность, является достаточно сложной и неоднородной.

Гуценко К.Ф. и Ковалев М.А. правоохранительную деятельность определяют как такую государственную деятельность, которая осуществляется с целью охраны права специально уполномоченными органами путем применения юридических мер воздействия в строгом соответствии с законом и при неуклонном соблюдении установленного им порядка.

Правоохранительная деятельность осуществляется через выполнение функций конституционного контроля, правосудия; организационного обеспечения деятельности судов, прокурорского надзора, выявления и расследования преступлений, оказания юридической помощи.

Правоохранительные органы – это специальные органы, созданные государством в целях охраны права, действующие на основании и в соответствии с законом, наделенные правом применения мер принуждения, а в ряде случаев правом применения уголовного закона и обязанностью соблюдения определенной процессуальной формы.

В связи с этим, **к правоохранительным органам** относят:

- суды (Конституционный Суд РФ, федеральные суды общей юрисдикции и арбитражные суды, а также суды субъектов Российской Федерации);

- органы, осуществляющие организационное обеспечение деятельности судов (Судебный департамент при Верховном Суде РФ и его местные учреждения, Служба судебных приставов Министерства юстиции РФ и иные службы этого Министерства, а также другие органы и должностные лица);

- прокуратуру;

- некоторые из органов, призванных выявлять и расследовать преступления;

- адвокатуру и другие организации, оказывающие юридическую помощь (нотариат и др.).

К органам, уполномоченным выявлять преступления и расследовать их, относятся:

- следственные аппараты прокуратуры, органов внутренних дел, федеральной службы безопасности и налоговой полиции;

- учреждения и должностные лица, которые вправе вести дознание по уголовным делам (милиция, командиры воинских частей, подразделения и должностные лица противопожарной, таможенной и пограничных служб, службы безопасности, налоговой полиции, капитаны кораблей, находящихся в плавании, и др.);

- органы, уполномоченные вести оперативно-розыскную деятельность (например, должностные лица оперативных подразделений органов внутренних дел, федеральных служб безопасности налоговой полиции, внешней разведки, государственной охраны, таможенной службы).

Уголовно-исполнительная (пенитенциарная) система (УИС) – государственный институт, ведающий исполнением уголовных наказаний, наложенных на граждан в соответствии с законом. Обеспечивает исполнение наказаний как связанных, так и не связанных с лишением свободы, а также содержание подследственных с момента заключения под стражу до суда.

Уголовно-исполнительная система включает в себя:

- уголовно-исполнительные инспекции, (исполняют такие виды наказаний, как исправительные и обязательные работы, лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, а также осуществляющие контроль за условно осужденными);
- исправительные центры (реализуют ограничение свободы);
- арестные дома (исполняют наказание в виде ареста);
- исправительные учреждения исполняют уголовные наказания в виде лишения свободы на определенный срок и пожизненного лишения свободы.

Лишение свободы на определенный срок осуществляют: колонии-поселения; исправительные колонии общего, строгого, особого режима; воспитательные колонии; тюрьмы; лечебные исправительные учреждения; лечебно-профилактические учреждения; специальные исправительные учреждения для содержания бывших работников судов и иных правоохранительных органов; следственные изоляторы в отношении осужденных, оставленных для выполнения работ по хозяйственному обслуживанию этих учреждений, и осужденных на срок не свыше 6 месяцев, оставленных в следственных изоляторах с их согласия.

Исправительные колонии особого режима для осужденных, отбывающих пожизненное лишение свободы, исполняют пожизненное лишение свободы.

В настоящее время, согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 г. N 1772-р), предусмотрено реформирование системы учреждений, исполняющих наказания в виде лишения свободы, и совершенствование их организационно-структурного построения. Реформирование системы учреждений предполагает:

- изменение видов исправительных учреждений для содержания осужденных в местах лишения свободы с фактическим прекращением их коллективного содержания, постоянного пребывания осужденных в состоянии стресса, обусловленного необходимостью лавирования между требованиями администрации и основной массы осужденных;
- создание правовых и организационных условий для замены существующей системы исправительных учреждений на 2 основных вида учреждений - тюрьмы (общего, усиленного и особого режимов) и колонии-поселения (с обычным и усиленным наблюдением) при сохранении учреждений, созданных для выполнения специальных задач, - лечебно-исправительных и лечебно-профилактических. Преобразование воспитательных колоний для несовершеннолетних в воспитательные центры для лиц, совершивших преступление в несовершеннолетнем возрасте;
- разработку основанных на стандартах Европейских пенитенциарных правил (2006 год) моделей тюрьмы и колонии-поселения с учетом требований безопасности общества и персонала уголовно-исполнительной системы, а также необходимости реализации целей исправления осужденных;
- разработку технической документации, финансово-экономического обоснования, архитектурных проектов тюремных зданий, отвечающих требованиям европейских стандартов;
- раздельное содержание осужденных к лишению свободы, способных к ресоциализации с учетом тяжести и общественной опасности совершенных ими преступлений, сведений об их личности, поведения в местах лишения свободы, отношения к совершенному преступлению, с одной стороны, и осужденных, совершивших особо тяжкие преступления, прочно

усвоивших и распространяющих элементы поведения криминальной среды, с другой стороны.

Место специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в учреждениях правоохранительных органов и учреждениях уголовно-исполнительной системы

Психологическая служба в системе правоохранительных органов представляет собой централизованно управляемую систему специальных структурных подразделений и должностей специалистов (практических психологов), осуществляющих целенаправленную работу по психологическому обеспечению деятельности конкретных ведомств.

Согласно Столяренко А. М., перед психологической службой в правоохранительных органах стоят две задачи: первая — повышение психологической надежности сотрудников и более полное использование их психологического потенциала; вторая — оказание психологической помощи сотрудникам в решении оперативно-служебных задач.

Работа по первому направлению предполагает: профессиональную ориентацию и психологический отбор кадров; оказание психологической помощи в расстановке и профессиональной адаптации молодых сотрудников; повышение психологической компетентности и развитие личности сотрудников; диагностику морально-психологического климата в коллективе и профилактику деструктивных явлений; психологическое обеспечение работы с резервом кадров на выдвижение и участие в аттестации сотрудников; управленческое консультирование; психологическое консультирование сотрудников и членов их семей.

Работа по второму направлению предполагает: изучение социально-психологических явлений в регионе, влияющих на состояние правопорядка в регионе; психологическое консультирование сотрудников при решении текущих оперативно-служебных задач; проведение судебно-психологической экспертизы; психологическое обеспечение несения службы в экстремальных условиях; психологическое обеспечение переговорной деятельности в ситуации захвата заложников и при угрозе террористических актов; разработку психологических портретов серийных убийц; осуществление индивидуально-профилактической работы; психологическое сопровождение уголовно-исполнительного процесса в пенитенциарных учреждениях и др.

С появлением специальности «Педагогика и психология девиантного поведения», последние два вида деятельности приобретают особую значимость в работе с несовершеннолетними правонарушителями.

Функции психологической службы в правоохранительных органах:

Психологическая диагностика — целенаправленное изучение индивидуальных особенностей личности и социально-психологических явлений в группах (коллективах, неформальных объединениях). Психологическая диагностика проводится с целью, проведения психологического консультирования, психокоррекционной работы и развития личности.

Психологическая коррекция — психологическое воздействие на личность с целью устранения негативных тенденций в ее развитии (акцентуаций, стрессовых состояний и др.).

Развитие личности — целенаправленная работа психолога по формированию необходимых личностных качеств и навыков (коммуникативных, мыслительных, саморегуляции и др.).

Психологическая профилактика — целенаправленная систематическая работа психолога по предупреждению негативных явлений и проведению психокоррекционной работы.

Психологическое просвещение — повышение компетентности и культуры личности в решении психологических проблем.

Психологическое консультирование — оказание конкретной помощи обращающимся сотрудникам и гражданам в осознании ими природы их затруднений, в анализе психологических проблем и принятии собственных решений.

Одним из важнейших направлений деятельности современной пенитенциарной системы по восстановлению социальной справедливости, наряду с карательной функцией, является профилактика рецидива преступлений.

Согласно Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 г. N 1772-р), в сфере социальной, психологической, воспитательной и образовательной работы с осужденными предполагается:

- создание справедливой и эффективной системы стимулов осужденных к законопослушному поведению, включая совершенствование порядка замены неотбытой части наказания более мягким видом наказания, обновление механизма условно-досрочного освобождения, учитывающего при его применении в отношении осужденного тяжесть совершенного преступления, отбытый срок наказания, рецидив преступления и возмещение ущерба потерпевшим;

- предоставление возможности в зависимости от поведения и деятельного раскаяния изменения условий отбывания наказания, а также по решению суда - изменения вида исправительных учреждений;

- разработка мер дисциплинарного воздействия за незначительные правонарушения (запрет на занятия спортом и на участие в культурных мероприятиях, запрет на пользование телевизором и прессой, литературой развлекательного характера и т.п.) и новых мер поощрения, применяемых к осужденным, а также к подозреваемым и обвиняемым, содержащимся в следственных изоляторах;

- усиление воспитательной работы в отношении осужденных, способных к ресоциализации, с особым акцентом на вовлечение их в трудовую деятельность, приобретение профессии или переквалификацию;

- развитие социальной, психологической и воспитательной работы с осужденными в направлении обеспечения ресоциализации осужденных, освоения ими основных социальных функций как необходимого условия исправления и успешной адаптации в обществе после освобождения;

- оптимизация социальной, психологической и воспитательной работы с осужденными на основе функционального взаимодействия сотрудников всех служб исправительных учреждений с привлечением к исправительному процессу представителей органов исполнительной власти, а также институтов гражданского общества;

- поиск и внедрение новых индивидуальных форм работы, обеспечивающих оказание адресной социальной, психологической и педагогической помощи каждому осужденному с учетом его социально-демографической, уголовно-правовой и индивидуально-психологической характеристики;

- совершенствование духовно-нравственного и патриотического воспитания осужденных, планирование, организация и проведение в исправительных учреждениях воспитательных мероприятий, направленных на формирование и развитие у осужденных стремления к общественно-полезной деятельности, соблюдению требований законов и принятых в обществе правил поведения;

- использование сотрудничества со структурами гражданского общества, общественными объединениями, деятельность которых может быть полезна для гуманитарно-воспитательного воздействия на осужденных, активизация взаимодействия с традиционными конфессиями, в частности, обеспечение осужденным возможности участия в религиозных обрядах, реализация совместных с традиционными конфессиями гуманитарных проектов;

- расширение форм организации культурного досуга осужденных, клубной и кружковой работы, привлечение к этой работе деятелей искусства, культуры и спорта, в том числе имеющих широкую известность и позитивный авторитет, пополнение библиотечных фондов;

- повышение требований к научному и методическому уровню психодиагностической и психокоррекционной работы, разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация диагностического инструментария психолога и объема психодиагностической работы, внедрение инновационных технологий, адаптация передового отечественного и зарубежного опыта работы;

- разработка новых подходов к формированию самостоятельных организаций осужденных с учетом интересов и потребностей в них самих осужденных, совершенствование правового регулирования их деятельности;

- закрепление в законодательстве Российской Федерации социальной и психологической работы в качестве средств исправления осужденных, определение основных форм социальной работы с осужденными, разработка норматива штатной численности социальных работников, приведение их численности в исправительных учреждениях в соответствие с требованиями практики и научно обоснованными нормативами;

- внедрение современных технологий социальной помощи, защиты и поддержки в отношении наиболее социально уязвимых категорий осужденных, а также конкретной личности на всех этапах отбывания наказания;

- дальнейшее развитие благоприятных условий для получения осужденными общего, начального, среднего и высшего профессионального образования посредством заочного и дистанционного обучения, разработка и внедрение специальных методик обучения, учитывающих уровень умственного развития и педагогической запущенности осужденных, а также образовательных и коррекционных программ работы с различными категориями осужденных;

- повышение роли высших образовательных учреждений Федеральной службы исполнения наказаний и межрегиональных психологических лабораторий территориальных органов уголовно-исполнительной системы в разработке и проведении научно-прикладных исследований, внедрении диагностических программ и инновационных технологий психологической работы с осужденными, адаптации передового отечественного и зарубежного опыта работы;

- совершенствование научно-технического обеспечения деятельности психолога, оптимизация его диагностического инструментария за счет внедрения автоматизированных диагностических программ и формирования единого банка экспериментальных данных, позволяющего выделять ведущие криминогенные качества у осужденных за различные виды преступлений, оказывать индивидуальное и дифференцированное психологическое воздействие;

- разработка для лиц, осужденных за различные виды преступлений (преступления экстремистской и террористической направленности, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности, корыстные преступления и др.), базовых (обязательных) программ психологической коррекции личности для формирования социальной направленности осужденных, профилактики деструктивных проявлений, их ресоциализации и дальнейшей интеграции в общество;

- разработка и развитие психотерапевтического направления работы психолога, создание при учреждениях уголовно-исполнительной системы отделений социально-психологической реабилитации с целью оказания профильной психологической помощи осужденным, имеющим алкогольную или наркотическую зависимость, психические аномалии.

Примечательно, что в рамках совершенствования уголовно-исполнительной политики планируется поиск и использование новых форм и методов исправительного воздействия на осужденных, организационных механизмов социальной работы с осужденными, закрепление в уголовно-исполнительном законодательстве Российской Федерации форм социальной, психолого-педагогической работы с осужденными в качестве основного средства исправле-

ния осужденных.

В реформировании системы учреждений, исполняющих наказания в виде лишения свободы, особенно важным, на наш взгляд, является:

- изменение видов исправительных учреждений для содержания осужденных в местах лишения свободы с фактическим прекращением их коллективного содержания, постоянного пребывания осужденных в состоянии стресса, обусловленного необходимостью лавирования между требованиями администрации и основной массы осужденных;

- создание правовых и организационных условий для замены существующей системы исправительных учреждений на 2 основных вида учреждений - тюрьмы (общего, усиленного и особого режимов) и колонии-поселения (с обычным и усиленным наблюдением) при сохранении учреждений, созданных для выполнения специальных задач, - лечебно-исправительных и лечебно-профилактических. Преобразование воспитательных колоний для несовершеннолетних в воспитательные центры для лиц, совершивших преступление в несовершеннолетнем возрасте.

Видами деятельности, которые может выполнять специалист в области педагогики и психологии девиантного поведения, работающий в учреждениях правоохранительных органов и в учреждениях уголовно-исполнительной системы могут быть следующие:

- обеспечение законности и правопорядка, безопасности личности, общества, государства, охрана общественного порядка;

- правовое обеспечение соблюдения прав и законных интересов несовершеннолетних;

- разработка и психолого-педагогическое обоснование программ профилактики девиантного поведения в детско-подростковом возрасте, организация системы мер по предупреждению безнадзорности, беспризорности, девиантного поведения несовершеннолетних;

- пресечение правонарушений и антиобщественных действий несовершеннолетних;

- выявление и учет несовершеннолетних правонарушителей и родителей, отрицательно влияющих на детей;

- общая профилактика правонарушений несовершеннолетних, индивидуальная профилактическая работа с несовершеннолетними правонарушителями, родителями, отрицательно влияющими на детей;

- работа с несовершеннолетними, доставленными в органы внутренних дел;

- осуществление производства по материалам о помещении несовершеннолетних, не подлежащих уголовной ответственности, в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа;

- осуществление производства по делам об административных правонарушениях, совершенных несовершеннолетними;

- выявление несовершеннолетних, объявленных в розыск, а также несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства;

- организация системы мер по оказанию социально-правовой и иной помощи семьям и детям групп социального риска;

- формирование нравственно-правовой устойчивости детей и подростков, ценностей здорового образа жизни, гармоничного развития, толерантности во взаимодействии с окружающим миром, продуктивного преодоления жизненных трудностей, создание условий для самореализации, развития творческого потенциала личности; разработка, реализация и мониторинг эффективности психолого-педагогических профилактических программ для детей и подростков;

- обеспечение ресоциализации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе в процессе отбывания наказания, и последующей адаптации после освобождения из пенитенциарного учреждения или выпуска из специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением;

- разработка моделей диагностики проблем лиц, нуждающихся в коррекционных воздействиях, выбор методов сбора первичных данных, их анализ и интерпретация; психолого-педагогическая диагностика личности несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях или содержащихся в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей и подростков с девиантным поведением, составление диагностических заключений и рекомендаций по их использованию;

- выбор и реализация адекватных форм, методов и программ коррекционных мероприятий, программ педагогического сопровождения и психологической помощи лицам, склонным к девиантному поведению, социально-психологической реабилитации несовершеннолетних с девиантным поведением, в том числе отбывающих наказание, их адаптации к среде пенитенциарного учреждения или специального учебно-воспитательного учреждения;

- коррекция состояний нервно-психической дезадаптации;

- консультирование по проблемам предупреждения и преодоления девиантного поведения, формирования в коллективах детей и подростков благоприятного морально-психологического климата;

- консультирование по проблемам детей с отклонениями или задержками в развитии с целью профилактики их дезадаптации и девиантного поведения;

- осуществление социально-педагогической и психологической экспертиз нормативных актов в части охраны прав и законных интересов детей и подростков, правил и норм охраны труда несовершеннолетних;

- организация работы малых коллективов и групп исполнителей в процессе решения конкретных профессиональных задач;

- организация межведомственного полипрофессионального взаимодействия при решении задач комплексной профилактики девиантного поведения, сопровождения, коррекции и реабилитации лиц с девиантным поведением;

- организация и проведение работы, направленной на повышение психолого-педагогической и правовой компетентности взрослых, участвующих в воспитании детей и подростков, в работе с лицами, склонными к девиантному поведению;

- осуществление правового воспитания.

Учитывая все вышесказанное, можно сделать выводы, что деятельность специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения многоаспектна и разнообразна и направлена на решение достаточно большого количества профессиональных задач.

Как утверждает ряд авторов (Дозорцева Е.Г., Делибалт В.В., Богданович Н.В), специалист, получающий высшее образование в рамках специальности «Педагогика и психология девиантного поведения» является психологом, владеющим как базовыми академическими психологическими знаниями и методами, так и социально-педагогическими концепциями и технологиями, позволяющими на принципиально новом уровне ставить и решать профессиональные задачи. К числу таких задач относится, в частности, реконструкция социальных взаимоотношений несовершеннолетнего с учетом процессов, в которые включены он сам и его семья, и прогноза его развития. Помимо базовых психолого-педагогических дисциплин, учебный план подготовки специалистов включает в себя изучение юридической и ювенальной юридической психологии, правовых дисциплин, которые позволяют фокусировать внимание студентов на специфичном социальном контексте и правовом поле профессиональной деятельности.

Вопросы для обсуждения

1. Квалификационные требования к специалисту в области педагогики и психологии девиантного поведения.

2. Профессиональные компетенции специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения.

3. Приведите примеры реализации профессиональных компетенций в практической деятельности
4. Понятие специальных учебно-воспитательных учреждений (организаций)
5. Понятие специальных коррекционных образовательных учреждений (организаций)
6. Место специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе образовательных учреждений
7. Должностные обязанности педагога-психолога
8. Права педагога-психолога в образовательном учреждении
9. Требования к навыкам специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения.
10. Обобщите опыт деятельности специалистов в системе образовательных учреждений.
11. Назначение системы социальной защиты населения
12. Раскройте объекты социальной защиты населения
13. Каковы место и роль специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в системе учреждений социальной защиты
14. Назовите трудовые функции специалиста
15. Каковы трудовые действия специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения.
16. Назовите требования к навыкам специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения
17. Назовите виды деятельности специалиста.
18. Учреждения уголовно-исполнительной системы,
19. Учреждения системы правоохранительных органов.
20. Место и роль специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в учреждениях правоохранительных органов и учреждениях уголовно-исполнительной системы.
21. Психологическая служба в системе правоохранительных органов.
22. Функции психологической службы в правоохранительных органах
23. Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года в сфере социальной, психологической, воспитательной и образовательной работы с осужденными.
24. Формы психолого-педагогической работы с осужденными.
25. Виды деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в учреждениях системы правоохранительных органов.
26. Виды деятельности специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в учреждениях уголовно-исполнительной системы.
27. Обобщите опыт деятельности учреждений системы правоохранительных органов и учреждений уголовно-исполнительной системы по профилактике девиантного поведения.

Практические задания

Задание 1. Обобщите опыт деятельности специалистов учреждений социальной защиты по профилактике девиантного поведения.

Задание 2. Обобщите опыт деятельности учреждений системы правоохранительных органов и учреждений уголовно-исполнительной системы по профилактике девиантного поведения.

Задание 3. Ознакомьтесь с предложениями по созданию концепции Службы практической психологии образования, и Проектом текста наиболее значимых разделов такого документа, изложенными Пахальяном В. Э. в статье «Психологическая служба в образовании: настоящее и перспективное»

В.Э. Пахальян

Психологическая служба в образовании:

Настоящее и перспективное

В статье представлен авторский взгляд на проблемы психологической службы образования, соответствие ее нормативных и содержательных оснований вызовам времени, требованиям, определяемым профессиональными критериями эффективности работы специалистов. Сформулированы предложения по созданию концепции Службы практической психологии образования и Положения о ее работе в системе образования. Представлен Проект текста наиболее значимых разделов такого документа, который может быть реализован в системе Департамента образования г. Москвы.

Ключевые слова: Служба практической психологии образования (СППО), психологическое здоровье, образовательная среда, кадровый состав СППО, критерии эффективности деятельности специалистов СППО.

Введение

Почти тридцать лет участие в создании и развитии психологической службы в образовании позволяют мне иногда рефлексировать то, что с ней происходит и насколько это соответствует вызовам времени, требованиям, определяемым профессиональными критериями эффективности работы специалистов, и т.п.

Сегодня можно говорить о том, что, как и много лет назад, существует несколько разных взглядов на проблему развития Службы практической психологии в образовании (М.Р. Битянова, И.В. Дубровина, Ю.М. Забродин, В.В. Рубцов и др.). Они не противоречат друг другу, но акцентируют внимание на разных аспектах функций Службы, содержании ее работы и развития.

Очевидно, что сложившаяся практика включает в себя два взаимопересекающихся и питающих друг друга пространства профессиональной деятельности специалиста-психолога:

- *первое* - психология как прикладная отрасль науки, т.е. практическая психология как профессиональная деятельность, которая связана с приложением психологических знаний к различным сферам человеческой жизни, деятельности, где они являются востребованными;

- *второе* - психологическая практика как непосредственная помощь человеку в решении тех внутренних проблем, которые включены в контекст его личной жизни и не являются задачами какой-либо социальной сферы.

В первом пространстве психолог действует по заказу определенной социальной сферы, конкретного ведомства и т.п. Здесь специалист должен выстраивать свою деятельность по законам и правилам того «чужого монастыря», в который «со своим уставом не суются». Его профессионализм проявляется в умении понять, принять и достичь цели, сформулированной «заказчиком», не выходя за пределы собственного предмета работы. Но, как показывает, например, анализ деятельности отечественной практической психологии в образовании, который проводят специалисты, стоящие у истоков организации этой деятельности или те, кто постоянно занимается ее проблемами, здесь далеко не все так благополучно, как предполагалось [3, 8, 16, 25, 28].

В частности, И.В. Дубровина, анализируя процесс становления психологической службы в образовании, отмечает: «... Психология в образовании не могла существовать автономно, она должна была стать частью системы. И постепенно эта жесткая система начала "давить" и подстраивать психолога "под себя". И тогда, на мой взгляд, внутренняя позиция психолога начала постепенно теряться. От общих и глобальных интересов психологи стали переходить к решению частных проблем — диагностики и коррекции отдельных качеств ребенка» [25].

М.Р. Битянова, анализируя трудности взаимодействия психолога и других специалистов, пришедших в школу в последние десятилетия, считает, что, внедрив в школу специалистов, ориентированных на развитие, мы изначально поставили их в объективное противоречие с целями и задачами системы и с теми, кто должен подолгу службы эти цели и задачи воплощать в жизнь [3].

Если рассматривать эту проблему в более широком контексте, то во многом такое положение дел связано с объективными причинами, на которые ранее уже обращалось внимание разными специалистами [6, 11, 22 и др.]. Такие же проблемы обнаруживаются не только в образовании, но и в других сферах реформируемого общества. При этом мы не должны забывать еще и о самом субъекте профессиональной деятельности, его самосознании, чертах характера, переживаниях и т.п., что может значительно отличать его от других людей, в сфере деятельности которых он выполняет свои профессиональные обязанности.

Во втором пространстве профессионального становления специалист-практик самостоятельно определяет цели и ценности своей профессиональной деятельности, реализует их и несет личную ответственность за результаты своей работы. Это изменяет и его отношение к людям, которых он обслуживает, и его отношение к самому себе и участвующим в работе специалистам другого профиля, и, главное, сам стиль и тип его профессионального видения реальности.

В этой статье мы будем обсуждать то, что касается именно первого пространства работы, поскольку речь идет о Службе практической психологии в образовании (СППО).

Думаю, что многие трудности развития СППО связаны с недооценкой работы по определению содержания предметной области, целей и задач работы практического психолога образования. В таком контексте можно говорить о необходимости анализа накопленных по этой проблеме знаний и разработки нового Положения о СППО. Мой опыт позволяет предложить следующие определения;

- **предметная область СППО** - психологическое здоровье личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- **цель СППО** — обеспечение психологических условий полноценного развития личности, ее психологического здоровья в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа).

В соответствии с вышеизложенным можно выделить следующие задачи СППО:

- создание, укрепление и поддержание психологически безопасной для развития личности образовательной среды;

- организация системы психопрофилактической работы, направленной на предупреждение возможных деструктивных тенденций в развитии личности в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа) и сохранение ее психологического здоровья;

- разработка и реализация системы психолого-педагогического просвещения субъектов образовательных сред;

—создание эффективной системы профессиональной психологической помощи, обеспечивающей эффективное, конструктивное и безопасное преодоление развивающейся личностью тех психологических трудностей, которые могут у нее появляться в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа).

Основные средства СППО:

—постоянно действующий мониторинг психологического здоровья личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

—психолого-педагогическая экспертиза образовательных сред в целом и их компонентов в частности по критерию их безопасности для психологического здоровья личности, ее развития на том или ином этапе и при освоении тех или иных видов деятельности;

—психолого-педагогическое прогнозирование результатов образовательной деятельности и превентивных мер, принимаемых для создания психологически безопасной образовательной среды;

—распространение психолого-педагогических знаний о закономерностях развития личности, в том числе в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа).

Следующий шаг по совершенствованию психологической помощи в образовании – создание концепции СППО и Положения о ее работе в системе образования. Рассмотрим ее на примере проекта, который может быть вполне реализован в системе Департамента образования г. Москвы.

Основные элементы Положения о Службе практической психологии образования (проект)

Структура СППО

Цели и задачи Службы практической психологии в системе образования реализуются через специалистов, являющихся ее сотрудниками и работающих в учреждениях, входящих в структуру Департамента образования г. Москвы.

Первичным звеном Службы практической психологии в системе образования является специалист с высшим профессиональным образованием, имеющий квалификацию психолога, работающий в учреждении, входящем в структуру Департамента образования г. Москвы. Руководство данным специалистом осуществляется по двум линиям:

1) по административной линии его деятельность определяется законами Российской Федерации и регулируется руководителем учреждения образования;

2) по профессиональной линии его деятельность определяется нормативными актами профессионального сообщества (Московское отделение ФППО) и регулируется руководителем соответствующего звена Службы практической психологии (городское, окружное, муниципальное) в системе образования.

Первичным звеном Службы практической психологии в системе образования может также выступать *Психологическая служба учреждения образования*, включающая в себя несколько специалистов, работающих в данном учреждении и обеспечивающих психолого-педагогическую помощь детям в рамках направлений работы, выделенных в утвержденном руководителем учреждения и Попечительским советом «Положении о Психологической службе» соответствующего учреждения образования (например «Положении о Психологической службе ДООУ», «Положении о Психологической службе общеобразовательного учреждения (школы, лицея, гимназии)» и т.п.). Положение о Психологической службе конкретного учреждения образования не может противоречить «Положению о Службе практической психологии в системе образования».

Центральным звеном Службы практической психологии в системе образования яв-

ляются центры психолого-педагогической помощи (ЦП ПП) Департамента образования г. Москвы.

Вспомогательными звеньями Службы являются:

- 1) методические центры Службы практической психологии Департамента образования г. Москвы;
- 2) медико-психолого-педагогические комиссии Департамента образования г. Москвы;
- 3) иные учреждения системы Департамента образования г. Москвы.

Направления и виды работы Службы практической психологии в системе образования

Направления работы Службы практической психологии в системе образования — организационно-методическое, научно-методическое, практическое.

Организационно-методическое направление работы включает в себя все виды профессиональной деятельности, обеспечивающие организационные аспекты психологической помощи субъектам образовательных сред. В частности, работа специалиста Службы практической психологии в системе образования предполагает:

- организацию системы превентивных мер, обеспечивающих психологическую безопасность личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- организацию постоянно действующего мониторинга психологического здоровья личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- организацию работы по психолого-педагогической экспертизе образовательных сред в целом и их компонентов, в частности по критерию их безопасности для психологического здоровья личности, ее развития на том или ином этапе и при освоении тех или иных видов деятельности;

- подготовку материалов, обеспечивающих возможности психолого-педагогического прогнозирования результатов образовательной деятельности и превентивных мер, принимаемых для создания психологически безопасной образовательной среды;

- организацию работы по распространению психолого-педагогических знаний о закономерностях и оптимальных психолого-педагогических условиях развития личности, в том числе и в условиях образовательных сред разного типа.

Научно-методическое направление работы включает в себя все виды профессиональной деятельности, обеспечивающие разработку и применение различных методических средств психологической помощи субъектам образовательных сред. В частности, работа специалиста Службы практической психологии в системе образования предполагает:

- разработку системы превентивных мер, обеспечивающих психологическую безопасность личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- разработку системы постоянно действующего мониторинга и его средств, позволяющих фиксировать состояние и особенности изменений в психологическом здоровье личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- создание методических средств психолого-педагогической экспертизы образовательных сред в целом и их компонентов, в частности по критерию их безопасности для психологического здоровья личности, ее развития на том или ином этапе и при освоении тех или иных видов деятельности;

- разработку методических материалов, обеспечивающих возможности психолого-

педагогического прогнозирования результатов образовательной деятельности и превентивных мер, принимаемых для создания психологически безопасной образовательной среды;

- создание методических материалов, обеспечивающих работу по распространению психолого-педагогических знаний о закономерностях и оптимальных психолого-педагогических условиях развития личности, в том числе и в условиях образовательных сред разного типа.

Практическое направление работы включает в себя все виды профессиональной деятельности, обеспечивающие возможность оказания эффективной психологической помощи субъектам образовательных сред. В частности, работа специалиста Службы практической психологии в системе образования предполагает проведение:

- превентивных мероприятий, обеспечивающих психологическую безопасность личности, развивающейся в условиях тех или иных образовательных сред (образовательных сред разного типа);

- постоянно действующего мониторинга;

- психолого-педагогической экспертизы образовательных сред в целом и их компонентов в частности по критерию их безопасности для психологического здоровья личности, ее развития на том или ином этапе и при освоении тех или иных видов деятельности;

- психолого-педагогического прогнозирования результатов образовательной деятельности и превентивных мер, принимаемых для создания психологически безопасной образовательной среды;

- работы по распространению психолого-педагогических знаний о закономерностях и оптимальных психолого-педагогических условиях развития личности, в том числе и в условиях образовательных сред разного типа.

Виды работы Службы практической психологии в системе образования

Обозначенные выше направления работы Службы практической психологии в системе образования определяют и основные виды работы практического психолога образования: психологическая профилактика, психолого-педагогическое просвещение, диагностико-коррекционная работа, психологическое консультирование.

Психологическая профилактика - вид профессиональной деятельности, имеющей целью предупреждение и предотвращение неблагополучия в психологическом здоровье личности, развивающейся в условиях образовательных сред разного типа. Эта практика направлена на:

- изменение и уменьшение поведенческих и интраиндивидуальных факторов риска в условиях образовательных сред разного типа;

- усиление внутриличностных ресурсов, позволяющих ребенку успешно адаптироваться и преодолевать различные трудности в условиях образовательных сред разного типа;

- создание условий, которые исключают неблагоприятные факторы для психологического здоровья личности, развивающейся в условиях образовательных сред разного типа.

В частности, психологическая профилактика включает в себя:

- своевременное выявление таких индивидуальных особенностей личности, которые могут привести к определенным сложностям, отклонениям в психическом развитии, в поведении, отношениях, деятельности;

- предупреждение возможных осложнений и проблем в психологическом здоровье ребенка в связи с возрастными, психологическими кризисами;

- оценка и контроль соблюдения условий жизнедеятельности, необходимых для оп-

тимального развития личности в условиях образовательных сред разного типа (психогигиеническая оценка комфортности среды, анализ режимов деятельности и отдыха, выявление ситуаций и условий деятельности, вызывающих чрезмерное психофизиологическое напряжение, психологические перегрузки и негативные переживания).

Психолого-педагогическое просвещение — вид профессиональной деятельности, имеющей целью повышение информированности субъектов образовательных сред о тех сторонах развития ребенка, которые связаны с уникальностью его психологии, со становлением его внутреннего мира.

Эта практика направлена на:

- ознакомление воспитателей, учителей, родителей и детей с основными закономерностями и условиями психического развития;
- популяризацию результатов новейших психологических достижений;
- формирование у педагогических работников и родителей потребности в психологических знаниях, желания использовать их в работе и общении с ребенком или в интересах развития собственной личности;
- знакомство детей с основами самопознания, самовоспитания;
- понимание сущности и специфики работы психолога в детском учебно-воспитательном учреждении и необходимости Службы практической психологии в образовании.

Диагностико-коррекционная работа — вид профессиональной деятельности, направленный на исследование и установление психологических особенностей личности (или группы), что связано с необходимостью преодоления ею определенных отклонений, трудностей во внутреннем мире, не позволяющих успешно адаптироваться и развиваться в условиях образовательных сред разного типа.

Психологическое консультирование — вид профессиональной деятельности, при котором специалист организует особым образом такое взаимодействие с личностью (или группой) нуждающегося в психологической поддержке и помощи, которое направлено на прояснение, определение, развитие, совершенствование, расширение ее психологических возможностей, необходимых для решения тех или иных задач, возникающих в образовательных средах разного типа.

Нормативные основания деятельности Службы практической психологии в системе образования и основные документы профессиональной деятельности специалиста

Место, роль и функции специалистов Службы практической психологии в системе образования определяются соответствующими нормативными актами Российской Федерации и Правительства г. Москвы, внутренними документами учреждения и функционалом специалиста (специалистов), отраженном в Трудовом договоре, должностных обязанностях (должностной инструкции).

Профессиональная деятельность психолога учреждений образования г. Москвы включает в себя работу по оформлению и ведению общей (необходимой для отчета по административной линии) и рабочей (необходимой для отчета по профессиональной линии) документации.

Обязательная документация разработана ЦППП и согласована с Департаментом образования г. Москвы. Она включает в себя следующие виды документов:

- планы;
- отчеты;
- журнал регистрации;
- заключения, созданные по официальным запросам;
- рекомендации, разработанные по официальным запросам. *Рабочая документация*

типового характера разработана ЦППП, но

адаптируется специалистом учреждения образования (по согласованию с ЦППП соответствующего уровня — муниципального, городского) для решения специфических профессиональных задач, возникающих в данной образовательной среде. Она включает в себя следующие виды документов:

- программы работы (по направлениям профессиональной деятельности);
- протоколы проведенных мероприятий (по видам работ);
- заполненные субъектами образовательных сред бланки диагностических методик.

В Приложении к Положению необходимо представить примерные образцы структуры всех видов документации.

Кадровый состав Службы практической психологии образования

Работу СППО обеспечивают специалисты, имеющие высшее профессиональное образование по следующим направлениям подготовки:

- 1) 031000 — Педагогика и психология. Квалификация - «Педагог-психолог»;
- 2) 030302 — Клиническая психология. Квалификация — «Клинический психолог»;
- 3) 050400 — Психолого-педагогическое образование;
- 4) 020400 — Психология. Квалификация — «Психолог. Преподаватель психологии».

При отборе претендента на вакантную должность специалиста СППО первичного звена учитывается имеющаяся у него специализация и опыт работы в данной должности.

Отбор претендентов на вакантную должность специалиста СППО основного звена производится среди тех специалистов, которые имеют соответствующую вакансии специализацию и опыт работы в данной должности не менее трех лет.

Критерии эффективности деятельности Службы практической психологии в системе образования

В качестве показателей эффективности деятельности СППО выступают общие результаты работы специалиста, оцениваемые по административной и профессиональной линиям подчинения. В первом случае критерии определяются требованиями, определенными законодательными актами Российской Федерации, в частности КЗОТ.

Профессиональные критерии эффективности деятельности СППО разрабатываются и уточняются профессиональным сообществом. Они включают в себя качественные, содержательные характеристики выполняемых видов работы, определенных должностной инструкцией специалиста учреждения образования.

В число основных критериев эффективности деятельности *специалиста первичного звена* СППО входят:

1)своевременность, актуальность, научная обоснованность и практическая необходимость запланированной и выполняемой работы;

2)соответствие содержания выполняемой работы, методических средств специфике выделенного предметного содержания профессиональной деятельности;

3)психологические последствия (результаты) проведенной работы, установленные как с помощью объективных методов профессиональной деятельности (данные мониторинга, диагностики особенностей развития личности в условиях тех или иных образовательных сред), так и через отзывы субъектов образовательных сред как потребителей психологических услуг СППО;

4)стандартность/креативность (оригинальность), нормативность/инновационность при организации и выполнении профессиональной деятельности;

5)наличие авторских разработок, прошедших экспертизу и получивших положительное заключение соответствующих профессиональных организаций;

б) официальные награды и поощрения.

В число основных критериев эффективности деятельности *специалиста основного звена* СППО входят:

1) количественные показатели востребованности предлагаемых психологических услуг;

2) качественные показатели результативности оказанной психологической поддержки и помощи, отраженные в специальной документации, актах приемки конкретных работ и т.п.;

3) соответствие содержания и способов работы характеру принятых к исполнению запросов;

4) наличие авторских разработок коллектива ЦППП, прошедших экспертизу и получивших положительное заключение соответствующих профессиональных организаций;

5) грантовая поддержка проектов ЦППП;

б) официальные награды и поощрения.

Итак, подводя итоги, можно выделить следующее:

- вызовы времени и специфика развития нашего государства требуют постоянного анализа и корректировки взглядов на возможности оказания эффективной психологической помощи ребенку, развивающемуся в условиях учреждений образования;

- служба практической психологии в образовании как организационная форма создает возможности эффективной профессиональной деятельности специалистов, направленной на предупреждение неблагополучия в *психологическом здоровье* развивающейся в образовательной среде личности;

- профессиональная деятельность специалиста Службы практической психологии в образовании направлена в первую очередь на предупреждение неблагополучия в *психологическом здоровье* ребенка, на решение задач по созданию и поддержанию оптимальных психологических условий взаимодействия его уникального внутреннего (субъективного) мира с окружающими людьми и реальным (объективным) миром. Речь идет прежде всего о таких условиях взаимодействия, где *раскрытие и реализация безграничных возможностей развивающейся личности является целью-ценностью*;

- предметом работы практического психолога Службы практической психологии в образовании являются состояние и динамика психологического здоровья ребенка. Объективная информация о характере последнего обеспечивает возможность его предохранения и сохранения на всех этапах развития в конкретных социокультурных условиях, в образовательных средах разного типа;

- эффективность и целесообразность применения тех или иных способов работы Службы практической психологии в образовании

определяется их прогностическими ресурсами и обеспечивающими сохранность психологического здоровья развивающейся в образовательных средах разного типа личности возможностями.

Задания и вопросы для обсуждения

1) Какие направления и виды работы Службы практической психологии в системе образования выделяет автор статьи?

2) Определите место специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения в деятельности Службы.

3) Как, на ваш взгляд, изменилось бы содержательная сторона направлений Службы практической психологии в системе образования с включением в ее кадровый состав специалиста в области педагогики и психологии девиантного поведения? Обоснуйте свою позицию.

Список рекомендуемой литературы по разделу

а) Основная литература

1. Мустаева, Ф.А. Введение в специальность «Педагогика и психология девиантного поведения» : учеб. пособие для студентов / Ф.А. Мустаева. – Магнитогорск: МаГУ, 2013. – 84 с.
2. Дозорцева Е.Г., Делибалт В.В., Богданович Н.В. Об образовательном стандарте подготовки специалиста по направлению «Педагогика и психология девиантного поведения» [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. №1. URL режим доступа: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n1/39324.shtml>

б) Дополнительная литература

1. Битянова М., Беглова Т. Модели деятельности психолога в образовательном учреждении // Школьный психолог. 2010. № 2. С. 35-37.
2. Битянова М.Р. Психология в образовании: кризис в квадрате // Школьный психолог. 2010. № 2. С. 4—6.
3. Битянова М.Р. Пятое колесо// Школьный психолог. 2004. № 22.
4. Бшпянова М.Р. Организации психологической работы в школе. М., 1997.
5. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М., 1991.
6. Годовникова Л. Взаимодействие специалистов образовательного учреждения/ Л. Годовникова // Социальная педагогика. – 2010. – №1. –С.28-37.
7. Годовникова Л. Работа с трудным случаем / Л. Годовникова // Социальная педагогика. – 2009. – №1. – С.33-39.
8. Гуценко К. Ф., Ковалев М. А. Правоохранительные органы. Учебник для юридических вузов и факультетов / К.Ф. Гуценко, М.А. Ковалев. – Издание 5-е, переработанное и дополненное. Под ред. К. Ф. Гуценко. – М.: Издательство "Зерцало", 2000. — 400 с.
9. Котова С.А., Черникова И.В. Работа социального педагога по подготовке детей к переходу из начальной в среднюю школу / С.А.Котова, И.В. Черникова // Социальная педагогика. – 2010. – №6. – С.31-49.
10. Маланцева О. Обучение в США: работа с одарёнными детьми / О. Маланцева // Социальная педагогика. – 2010. – №1. –С.111–114.
11. Морозов В. Педагогическая реабилитация детей группы социального риска / В. Морозов // Социальная педагогика. – 2009. – №3. – С.45-56.
12. Пахальян, В. Э. Психологическая служба в образовании : настоящее и перспективное / В.Э. Пахальян // Психология и школа. – 2011. – №1. – с.109-122
13. М.П. Поляков, А.В. Федулов Правоохранительные органы Российской Федерации 2-е изд., испр. И доп. Поляков М.П., Федулов А.В. М. : Юрайт-Издат, 2005.- 187с.
14. Пятаков Е.О. Подростковая агрессия: «лечение» через осознание /Е.О. Пятакова // Социальная педагогика. – 2010. – №6. – С.57-72.
15. Хлюпин В. Когда все есть Записки школьного психолога / В. Хлюпин // Социальная педагогика. – 2010. – №2. – С.38-43.
16. Шульга Т.И., Спаниаярд Х., Слот В. Дети группы риска: программа оказания помощи / Т.И. Шульга, Х. Спаниаярд, В. Слот // Социальная педагогика. – 2010. – №5. – с.89-101.

2. ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. Агрессивное поведение детей: способы предотвращения

Агрессия (от лат. *Aggressio* – нападение, приступ) – это разрушительное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования в обществе, наносящее людям физический и психический вред.

Среди причин агрессивности у детей первое место занимает негативная обстановка в семье: это и невнимательность взрослых, недостаток любви и понимания, воспитание, при котором шкала ценностных ориентиров трансформируется до неузнаваемости (ребенок иногда не может различить, «что такое хорошо, а что такое плохо»), а также агрессия со стороны самих взрослых. На втором месте стоит влияние СМИ, на третьем – общество, окружающая ребенка среда общения (пагубное влияние улицы, негативное воздействие со стороны сверстников и старших). Среди прочих причин отметим: неблагоприятные условия жизни ребенка плюс недостаточное количество досуговых центров, в которых школьник мог бы заняться интересным и полезным для себя делом, рост насилия в стране и в мире, комплексы, появляющиеся из-за некоторых недостатков, например физических, некоторые соматические заболевания головного мозга.

Психологи выделяют пять видов агрессии, которые схематично можно изобразить следующим образом:



Рис 1. Виды агрессии

Примеры поведения детей, у которых наблюдаются наиболее проблематичные виды агрессии.

1. Дети, склонные к проявлению физической агрессии

Это активные, деятельные и целеустремленные ребята, их отличает решительность, склонность к риску, бесцеремонность и авантюризм. Они обладают хорошими лидерскими качествами, умением сплотить сверстников, правильно распределить между ними групповые роли, увлечь за собой. В то же время любят демонстрировать свою силу и власть, доминировать над другими людьми и проявлять садистские наклонности.

Эти дети не отличаются рассудительностью, характеризуются слабым самоконтролем, неумением или нежеланием сдерживать свои потребности, как правило, игнорируют этические и моральные ограничения.

2. Дети, склонные к проявлению вербальной агрессии

Этих ребят отличает психическая неуравновешенность, постоянные тревожность, со-

мнения и неуверенность в себе. Они активны и работоспособны, но в эмоциональных проявлениях склонны к снижению фону настроения. Для них характерен постоянный внутриличностный конфликт, который влечет за собой состояния напряжения и возбуждения.

Малейшие неприятности выбивают таких детей из колеи, даже слабые раздражители легко вызывают у них вспышки раздражения, гнева и страха. При этом они не скрывают свои чувства и отношение к окружающим и выражают их в агрессивных вербальных формах.

3. Дети, склонные к проявлению косвенной агрессии

Таких детей отличает чрезмерная импульсивность, слабый самоконтроль, недостаточная социализация влечений и низкая осознанность своих действий. Они редко задумываются о причинах своих поступков, не предвидят их последствий и не переносят колебаний. У детей с низкими духовными интересами отмечается усиление примитивных влечений. Косвенный характер агрессии является следствием двойственности их натуры: с одной стороны, им свойственны смелость, решительность, склонность к риску и общественному признанию, с другой – феминные черты характера: сензитивность, мягкость, уступчивость, зависимость, нарциссизм. Из-за сензитивности ребята очень плохо переносят критику и замечания в свой адрес, поэтому люди, критикующие их, вызывают у них раздражение, обиду и подозрительность.

4. Дети, склонные к проявлению негативизма

Ребят этой группы отличают повышенная ранимость и впечатлительность. Основные черты характера: эгоизм, самодовольство, чрезмерное самомнение. Все, что задевает их личность, вызывает чувство протеста. Поэтому и критику, и равнодушие окружающих они воспринимают как обиду и оскорбление и начинают активно выражать свое негативное отношение. В то же время эти дети рассудительны, придерживаются традиционных взглядов, взвешивают каждое свое слово, и это часто ограждает их от ненужных конфликтов и интенсивных переживаний.

Причины возникновения агрессии

Специалисты считают, что истоки детской агрессии в первую очередь следует искать в том, как родители воспитывали ребенка в первые годы жизни, а также в подростковом периоде.

По мнению психиатров, агрессивные поступки надо либо игнорировать, либо подвергать наказанию. В случаях, когда родители игнорируют агрессию ребенка и активно поощряют его положительное поведение, агрессия постепенно угасает. Правда, такой способ эффективен лишь с маленькими детьми и совершенно не годится для подростков. Исследования показали, что игнорирование подростковой агрессии может привести к ее дальнейшей эскалации, в результате подобные поступки становятся нормой поведения. Отсутствие реакции взрослых само по себе является подкреплением агрессии.

Конечно, как способ коррекции плохого поведения может быть использовано наказание, но, как показывают исследования, между его строгостью и уровнем агрессии детей существует положительная зависимость. Установлено, что суровость наказания детей восьмилетнего возраста коррелирует с агрессивностью поведения в восемнадцать и даже тридцать лет. Другие исследования показали, что менее агрессивные восемнадцатилетние юноши в восьмилетнем возрасте подвергались не очень строгим наказаниям.

Психологи отмечают, что если ребенка карать за любое проявление агрессивности, он научится скрывать свой гнев в присутствии родителей, но это не гарантирует подавление агрессии в любой другой ситуации.

Пренебрежительное, попустительское отношение взрослых к негативным вспышкам эмоций у ребенка также приводит к формированию у него агрессивных черт личности. Дети часто используют агрессию и непослушание для того, чтобы привлечь к себе внимание взрослого. Малыши, родители которых отличаются чрезмерной уступчивостью, неуверенностью, а иногда и беспомощностью в воспитательном процессе, не чувствуют себя в полной

безопасности и также становятся агрессивными. Колебания родителей при принятии решений провоцируют ребенка на капризы и вспышки гнева, с помощью которых они могут влиять на дальнейший ход событий и добиваться своего.

Влияние внутрисемейных отношений на развитие агрессивности у ребенка

Родители являются эталоном, по которому дети сверяют и строят свое поведение. Помимо социально полезного опыта, родители порой передают и негативный, который является очень эмоциональным «руководством к действию». Не имея личного опыта, ребенок не в состоянии соотнести правильность навязываемых моделей поведения с объективной реальностью.

Наименее агрессивны те дети, родители которых не были склонны ни к снисходительности, ни к наказанию. Их позиция – осуждать агрессию и говорить об этом ребенку, но обходиться без строгих наказаний в случае проступка. Родители более агрессивных детей вели себя так, будто любое поведение детей прилично, не акцентируя свое отношение к агрессии. Однако когда ребенок совершал проступок, его строго наказывали. Строгость родителей, если она достаточно чувствительна для ребенка, может привести к подавлению негативных импульсов в их присутствии, но вне дома ребенок будет вести себя еще более агрессивно.

Кроме того, склонный к телесному наказанию родитель, хоть и ненамеренно, подает ребенку пример агрессивного поведения. Ребенок делает вывод, что агрессия по отношению к окружающим допустима, но жертву всегда нужно выбирать меньше и слабее себя. Он узнает, что физическая агрессия – средство воздействия на людей и контроля над ними, и будет прибегать к нему при общении с другими детьми.

Если наказание слишком расстраивает детей, или им больно, они могут забыть его причину, и это мешает усвоению правил приемлемого поведения.

И, наконец, дети, изменившие свое поведение в результате столь сильного воздействия, скорее всего не сделают своими внутренними ценностями те нормы, которые им пытаются привить. Они будут повиноваться лишь до тех пор, пока за их поведением наблюдают.

Агрессивность ребенка проявляется, если:

- ребенка бьют;
- над ребенком издеваются;
- над ним зло шутят;
- ребенка заставляют испытывать чувство незаслуженного стыда;
- родители заведомо лгут;
- родители пьют и устраивают дебоши;
- родители нетребовательны и неавторитетны для своего ребенка;
- родители не умеют любить своих детей одинаково;
- родители ребенку не доверяют;
- родители настраивают детей друг против друга;
- родители не общаются со своим ребенком;
- вход в дом закрыт для друзей ребенка;
- родители живут своей жизнью, и в этой жизни нет места их ребенку;
- ребенок чувствует, что его не любят.

Типы негативного отношения родителей к ребенку

Отношения родителей к своему ребенку можно описать двумя парами важных признаков:

- неприятие – расположение;
- терпимость – сдерживание.

Степень выраженности этих признаков обуславливает характер воспитательного воз-

действия. Выделяют три типа негативных отношений родителей к ребенку:

1. Тип А – отвержение (неприятие ребенка, демонстрация недоброжелательного отношения). Этот тип формирует у ребенка ощущение покинутости, незащищенности, неуверенности в себе. Ребенок не чувствует поддержки, "стены", за которую можно спрятаться.

2. Тип Б – гиперсоциализация (сверхтребовательное отношение: чрезмерная критика, придирчивость, наказание за малейшую провинность). Гиперсоциализация вроде бы предоставляет ребенку образец для развития и направлена на формирование сильной волевой личности, но в итоге приводит к негативным результатам: озлобленности, стремлению делать запретное "исподтишка" и т. д. Критика со стороны родителей обычно неконструктивна, она формирует у ребенка чувство неполноценности, тревожности и ожидания новых неудач.

Также родители, предъявляя завышенные требования к ребенку, не учитывают его особенности и возможности. Как итог – чрезмерная загруженность школьника занятиями, не соответствующими его возрасту и интересам. Это может привести к возникновению невроза, провоцирующего агрессивное поведение.

3. Тип В – гиперопека (эгоцентрическое воспитание: сверхзаботливое отношение, при котором ребенок лишен возможности самостоятельно действовать).

Гиперопека также нарушает нормальное развитие личности. Она предоставляет ребенку возможность получения родительской ласки и любви, однако чрезмерная забота приводит к инфантилизму, несамостоятельности, неспособности принимать решения и противостоять стрессам, снижает личностные способности к саморегуляции.

Такие дети, считают психологи, чаще всего становятся жертвами агрессии. Они неспособны постоять за себя, как следствие, у них наблюдается косвенная агрессия, т. е. свои негативные эмоции они вымещают на других предметах (рвут книги, раскидывают игрушки, "наказывают" игрушки в игре и т. д.).

Памятки для родителей

Если ребенок агрессивен...

- Любите и принимайте ребенка таким, каков он есть.
- Помните, что ребенок всегда подражает тому, за кем (чем) привык наблюдать, поэтому ни вы, ни другие родные и близкие ребенка не должны проявлять агрессию.
- Предъявляя ребенку требования, учитывайте не свои желания, а его возможности.
- Гасите конфликт, направляя интерес ребенка в другое русло.
- Учите ребенка правильному общению со сверстниками и взрослыми.
- Расширяйте кругозор ребенка.
- Включайте ребенка в совместную деятельность, подчеркивая его значимость.
- Игнорируйте легкие проявления агрессивности ребенка, не фиксируйте на этом внимание окружающих.

Бороться с агрессивностью нужно...

- Терпением. Это самая большая добродетель, какая только может быть у родителей.
- Объяснением. Объясните ребенку, почему его поведение неправильно, но будьте предельно кратким.
- Отвлечением. Постарайтесь предложить вашему ребенку что-нибудь более привлекательное, чем то, что он пытается делать.
- Неторопливостью. Не спешите наказывать ребенка – сделайте это только если поступок повторится.
- Наградами. Если вы похвалили ребенка за хорошее поведение – это пробудит в нем желание еще раз услышать ваши добрые слова.

Правила родительского поведения, способствующего снижению детской агрессивности

- Помогайте ребенку осваивать конструктивные способы преодоления препятствий, разрешения проблем. Покажите, что есть более эффективные и безопасные способы, чем физическое нападение.

- Свои собственные агрессивные реакции на какие-то события не переносите на ребенка.

- Помогайте ему лучше узнать себя и других людей. Не исключено, что ребенок ведет себя агрессивно потому, что не видит другого способа самоутвердиться или воспринимает мир как враждебный.

- Не унижайте и не оскорбляйте ребенка, особенно при посторонних; обеспечьте ему чувство защищенности.

- Вспомните причины собственных агрессивных поступков в детском возрасте. Например, из-за чего происходили ваши стычки с братом или сестрой, или собственными родителями, или одноклассниками. Возможно, вы сможете лучше понять своего ребенка и помочь ему.

- Будьте внимательны к чувствам и желаниям своего ребенка.

- Адекватно оценивайте возможности ребенка.

- Умейте идти на компромисс.

- Найдите оптимальный путь воспитания ребенка, с которым согласны все, кто участвует в этом процессе.

- Любите ребенка просто за то, что он у вас есть, без каких-либо условий.

Психологический настрой для родителей, помогающий преодолеть гнев

- Я способен контролировать свой гнев, сдерживая мысли, которые его вызывают.

- Я умею вовремя остановиться.

- Я сохраняю спокойствие.

- В следующий раз я справлюсь с гневом лучше.

- Я способен признавать свои ошибки.

Памятка для родителей

Профилактика детской агрессивности

- Проследите, чтобы агрессивное поведение ребенка не поощрялось окружающими, чтобы он не получал видимой выгоды от агрессии.

- Не допускайте бесконтрольного просмотра телепередач, видеофильмов, т. к. даже некоторые мультфильмы имеют высокий уровень агрессии.

- Не допускайте чрезмерного увлечения играми на компьютере, компьютерной приставке, выбирайте видеоигры без элементов насилия, агрессии.

- Объясняйте ребенку, что есть множество способов разрешения любых конфликтов (рассказы подкрепляйте собственным поведением). Американские психологи установили, что дети, проявляющие агрессию, иногда просто не знают иных способов выйти из конфликта или не допустить его.

- Старайтесь сохранять в своей семье атмосферу открытости и доверия.

- Не давайте своему ребенку нереальных обещаний.

- Не ставьте своему ребенку каких бы то ни было условий.

- Будьте тактичны, применяя меры воздействия к ребенку.

- Не наказывайте своего ребенка за то, что позволяете делать себе.

- Не изменяйте своих требований по отношению к ребенку в угоду чему-либо.

- Не шантажируйте ребенка своими отношениями друг с другом.
- Не бойтесь поделиться с ребенком своими чувствами и слабостями.
- Не ставьте свои отношения с собственным ребенком в зависимость от его учебных успехов.

Как бороться с агрессией ребенка

Первым шагом на пути борьбы с агрессивностью ребенка является попытка сдерживать его порывы непосредственно перед их проявлением. В отношении физической агрессии это сделать легче, чем в отношении вербальной. Можно остановить ребенка окриком, отвлечь его игрушкой или каким-то занятием, создать физическое препятствие агрессивному акту (отвести руку, удерживать за плечи). Если этот порыв предотвратить не удалось, надо обязательно дать понять ребенку, что такое поведение абсолютно неприемлемо. Провинившийся подвергается суровому осуждению, в то время как его "жертва" окружается повышенным вниманием и заботой взрослого. Таким образом, ребенок видит, что он только проигрывает от своих поступков.

В случае разрушительной агрессии взрослый обязательно должен кратко, но однозначно выразить свое недовольство подобным поведением. Очень полезно каждый раз предлагать ребенку устранить учиненный им разгром. Чаще всего ребенок отвечает отказом, но рано или поздно он может откликнуться на слова: "Ты уже достаточно большой и сильный, чтобы все порушить, поэтому я уверена, что ты поможешь мне убрать". Уборка как наказание за содеянное неэффективна; мотивом доводов взрослого должна быть уверенность в том, что "большой" мальчик должен нести ответственность за свои дела. Если ребенок все же может убраться, он обязательно должен услышать искреннее "спасибо".

Вербальную агрессию предотвратить трудно, поэтому почти всегда приходится действовать после того, как обидные слова ребенком уже сказаны. Если эти слова он адресовал взрослому, то целесообразно вообще проигнорировать их, но при этом попытаться понять, какие чувства и переживания ребенка за ними стоят. Может быть, он хочет испытать приятное чувство превосходства над взрослым, а может быть, в гневе не знает более мягкого способа выражения своих чувств. Иногда взрослые могут превратить оскорбления ребенка в комическую перепалку, что позволит снять напряжение и сделать саму ситуацию ссоры смешной. Если же ребенок оскорбляет других детей, то взрослые должны посоветовать тем, как правильно и достойно ответить.

Конечная цель преодоления агрессивности ребенка состоит в том, чтобы дать ему понять: есть иные способы проявления силы и привлечения внимания, гораздо более приятные с точки зрения ответной реакции окружающих. Таким детям очень важно пережить удовольствие от демонстрации нового навыка поведения перед благожелательной аудиторией.

Агрессия присуща практически всем детям и подросткам как оборонительная реакция, и ребенок, не способный к ее проявлению, вряд ли сможет пользоваться уважением среди сверстников. Поэтому не следует жестко пресекать нормальные оборонительные реакции ребенка, важно лишь научить проявлять их в адекватной и социально приемлемой форме.

Психологи предлагают некоторые способы выплескивания агрессивных эмоций. Если порвать на мелкие кусочки или скомкать простой лист бумаги – это существенно снизит уровень негативных эмоций. Драчуну, который так и норовит кого-то стукнуть, можно предложить "выбить" коврик или подушки. Полезно также громко покричать – глубокое дыхание и громкий звук помогут освободиться даже от сильного стресса. Любая значительная физическая нагрузка нормализует гормональный баланс в крови, что также способствует снижению агрессии.

Немало агрессивных поступков подростки совершают в результате эмоционально напряженных ситуаций. Задача взрослого – снизить уровень агрессии. Типичные ошибки взрослых: угрожающий тон разговора, повышение голоса; насмешки и высмеивание; негативная оценка личности ребенка; привлечение в конфликт посторонних людей; демонстра-

ция власти (фразы: «Учитель всегда прав!», «Будет так, как я сказала!»); проповеди и чтение морали; обобщения типа «Ты, как всегда...».

Один из способов снижения агрессии – установить с ребенком обратную связь, используя при этом определенные приемы. Например, выразить собственные чувства по отношению к данному поступку («Мне не нравится, когда на меня кричат» или «Мне неприятно, когда со мной так разговаривают»). Вскрыть мотивы агрессии («Ты хочешь меня обидеть?»). Напомнить о правилах («Мы же с тобой договорились...»). Дать определение происходящему («Ты ведешь себя грубо»).

Пытаясь установить обратную связь, следует проявить заинтересованность, доброжелательность и твердость, которые касаются именно конкретного поступка, а не личности в целом. Обсуждая поступок, лучше воздержаться от эмоциональных критических замечаний, которые вызовут у ребенка протест и раздражение и будут способствовать уходу от решения проблемы. Вместо неэффективного чтения морали важно показать все возможные негативные последствия агрессивного поступка и обсудить конструктивные способы разрешения ситуации.

В момент проявления агрессии не стоит анализировать ее причины. Об этом следует задуматься, когда все успокоится, однако и откладывать надолго решение вопроса – не следует. Подросток очень тяжело переживает публичное осуждение и всячески старается его избежать. Плохая репутация и полученная негативная оценка в коллективе могут быть стимулом к проявлению дальнейшей агрессии. Чтобы не испортить ребенку репутацию в коллективе, можно «на людях» свести к минимуму вину подростка, но в личной беседе дать объективную оценку случившегося.

С помощью некоторых приемов можно показать ребенку пример конструктивного поведения. А именно – внимательно выслушивать подростка, предоставить ему возможности высказаться. Обеспечить спокойную обстановку невербальными способами (спокойная мимика и жестикуляция взрослого), признанием чувств ребенка («Я понимаю, тебе обидно...»). Поможет пауза, позволяющая ребенку успокоиться, и, конечно, чувство юмора.

Линию поведения в общении с ребенком нужно выстраивать в зависимости от того, с каким типом агрессии столкнулся взрослый (см. таблицу 1.).

Таблица 1

Типы детской агрессии и линия поведения родителя

Тип агрессии	Характеристика	Рекомендации родителям и учителям
Гиперактивный ребенок	Двигательно-расторможенные дети. Чаще всего воспитываются в семье по типу «кумира» или в атмосфере вседозволенности	Необходимо грамотно выстраивать систему ограничений, используя в т. ч. игровые ситуации с правилами
Обидчивый и истощаемый	Свойственна повышенная чувствительность, обидчивость, раздражительность, ранимость. Причины: недостатки воспитания, трудности обучения, особенности созревания нервной системы	Помогите ребенку снять психическое напряжение (например, с помощью шумной игры). Стремитесь избегать ситуаций перенапряжения, если ребенок всегда агрессивен
Ребенок с оппозиционно-вызывающим поведением	Часто грубит, но не всем, а только родителям, знакомым ему людям (эти люди уже не образец для подражания). Он переносит свое настроение, проблемы на этих людей	Попытайтесь решать проблемы вместе, в сотрудничестве с ребенком, но не за него

Тип агрессии	Характеристика	Рекомендации родителям и учителям
Агрессивно-боязливый ребенок	Враждебность, подозрительность – средство защиты ребенка от мнимой угрозы	Работайте со страхами, моделируйте опасную ситуацию и вместе с ребенком преодолевайте ее
Агрессивно-бесчувственный ребенок	Нарушена способность к эмоциональному отклику, сопереживанию, сочувствию к другим	Стимулируйте гуманные чувства. Приучайте ребенка нести ответственность за свои поступки

Упражнения на снижение уровня агрессивности у детей

Представляем подборку игр, которые можно использовать на занятиях с детьми, в т. ч. в домашних условиях.

Упражнение «Разукрась шары»

Задание для учащихся. Нарисуйте и раскрасьте круги с веселыми и злыми рожицами. Какого цвета могут быть «злые» круги? Какого цвета – «добрые»? Объясните почему.

Разрядка гнева и агрессии

Задания для учащихся:

1. Сильно сожмите руки в кулаки, чтобы пальцы впились в ладони, а затем разожмите пальцы, расслабьте их. Выполняйте упражнение до тех пор, пока не почувствуете, что напряжение уходит.
2. Вытяните руки вверх и тянитесь изо всех сил, до предела, как будто хотите что-то достать с потолка. Потом опустите руки вниз, расслабьте их. Почувствуйте, как напряжение уходит из рук.
3. Закройте глаза и напряженно нахмурьтесь. Сохраняйте такое выражение лица, сколько можете, а потом расслабьтесь. Почувствуйте, как напряжение исчезает.
4. Откройте рот как можно шире и сложите губы в большую букву «О». Закройте рот. Так вы расслабили мышцы лица.
5. Трите ладони друг о друга, пока они не нагреются, а затем положите их на лицо. Закройте глаза и почувствуйте расслабление.

Упражнение «Бумажный волейбол»

Цель упражнения: научить детей выплескивать гнев в приемлемой форме.

В этом упражнении используются изготовленные заранее бумажные шары. Площадка для игры делится пополам. Дети разбиваются на две команды, у каждого участника свой бумажный шар. Следует перебросить все свои шары на поле противника. По сигналу игра прекращается и подсчитываются шары. На чьем поле их меньше, та команда и выиграла.

Упражнение «Руки»

Дети разбиваются на пары. Один учащийся берет другого за руки и проговаривает: «Эй, рука, трясись, трясись – только больше не дерись! Расслабляйся, рука, и больше не кусайся!». Потом меняются ролями. Упражнение повторяется 2–3 раза.

Упражнение на расслабление

Упражнение выполняется сидя (нужен стул с твердой спинкой). Мышцы шеи расслаблены, спина прямая, глаза закрыты. Поднимите руки. Приблизительно на середине виска нащупайте пальцами небольшую впадину. Это и есть нужная вам точка. При надавливании на нее ощущается боль. Массирование производится указательным пальцем с прижатым к нему средним пальцем. Массируйте оба виска синхронно, круговыми движениями. Сделайте 20 движений по направлению к лицу и 20 – по направлению к затылку. Повторите еще два раза.

Завершая упражнение, уменьшайте силу надавливания, постепенно переходя к поглаживанию. Закончив массаж, сделайте три глубоких вдоха и выдоха.

«Спаси птенца»

Задание для учащихся. Представьте, что у вас в руках маленький беспомощный птенец. Вытяните руки ладонями вверх. А теперь согрейте его: медленно, по одному пальчику сложите ладони, спрячьте в них птенца, подышите на него, согревая ровным, спокойным дыханием, приложите ладони к груди, отдайте птенцу тепло своего сердца. Раскройте ладони, и вы увидите, что птенец радостно взлетел. Улыбнитесь ему и не грустите, он еще вернется к вам!

«Солнечный зайчик»

Задание для учащихся. Солнечный зайчик заглянул вам в глаза. Закройте их. Он побежал по лицу, нежно погладьте его ладонями: на лбу, на носу, на ротике, на щеках, на подбородке, поглаживайте аккуратно, чтобы не спугнуть. Зайчик побежал по голове, шее, животу, рукам, ногам, забрался за шиворот – погладьте его и там. Он не озорник – он любит вас, а вы погладьте его и подружитесь с ним.

2.2.. Агрессивное поведение подростков: способы предотвращения

Агрессия при гиперактивности

Проявляется в виде приставаний к другим детям, бессмысленных драк, неадекватных реакций, вспыльчивости, возбудимости, вторжения на чужую территорию, порчи имущества и т.д. Связано такое поведение, как правило, с трудностями адаптации ребёнка к среде, которая предъявляет к нему слишком высокие для его уровня зрелости требования. Ребёнок не может структурировать свою деятельность, видеть в ней смысл, ставить цели. Для него мир — это хаос и он беспорядочно откликается на «что попало». В этом случае необходимо сотрудничество учителя, психолога, родителей, а также психоневролога. Очевидно, что ребёнок нуждается в правильном понимании его проблем, поддержке со стороны взрослых и наблюдении специалистов. Особенно важна роль того, кто помогает ребёнку обнаруживать смыслы, выстраивать картину мира, понимать мир человеческих отношений, направлять свою деятельность, осознавать себя, свои чувства, желания, действия.

Агрессия лидерства

Этот тип агрессии характеризуется эгоцентричным стремлением ребёнка к лидерству и власти (и несогласием с ролью «второго плана»), соперничеством, попытками подавить соперника (включая порой учителей и родителей), вызывающим поведением, нарушением дисциплины. Иногда — это свойства темперамента, которые станут ценными чертами лидерского характера в процессе социализации. Иногда — реакция ребёнка на авторитарный стиль, процветающий в семье. Властное поведение может быть также компенсацией нереализованной потребности в любви и признании.

Воспитательные воздействия взрослых при подобной агрессии должны быть направлены в первую очередь на развитие эмпатии (т.е. способности к сопереживанию), внимания к другим и понимания того, что лидер не тот, кто громче командует, а тот, кто умеет брать на себя ответственность, вызывая уважение и доверие. Взрослые могут передать такому ребёнку часть своих обязанностей и полномочий, давая поручения и прося о какой-либо помощи. При этом важно публично выразить ему свою благодарность, удовлетворив, таким образом, его потребность в значимости.

Если поведение ребёнка или подростка «переходит границы», возникает необходимость в проявлении твёрдости и последовательности. Ему следует напомнить о существовании правил и последствиях их невыполнения.

Агрессия демонстративности

Ребёнок постоянно делает попытки привлечь к себе внимание, причём любой ценой,

включая агрессивные выходки. Вызывающее поведение явно рассчитано на зрителя. Он может принимать роль клоуна, «супермена», умника и пр. Привлекать к себе внимание таким способом характерно для маленьких детей. Когда родители не замечают ребёнка, он привлекает их внимание какой-нибудь выходкой, и если это происходит часто, такое поведение закрепляется. Агрессия демонстративности зачастую является следствием того, что в детстве ребёнок ощущал дефицит любви и внимания.

Взрослым в этом случае следует поощрять положительное поведение ребёнка, а вызывающее по возможности игнорировать. И только в крайнем случае можно применять санкции, объяснив школьнику, что за свои действия необходимо нести ответственность.

Агрессия мести

Проявляется во враждебности, мстительности, подозрительности, недоверии. Это — способ восстановления справедливости, желание защитить себя от «врагов». Такое поведение может быть следствием того, что ребёнок растёт в неблагополучной семье, где чувствует себя отверженным или он не нравится другим людям, в том числе детям, из-за своей необычности, «неудобности». Дети, склонные к агрессии мести, как правило, не верят в добро, но при этом нуждаются в ней. Поэтому взрослый может попытаться найти «ключик» к такому ребёнку, проявляя к нему внимание и заботу без всяких условий.

Агрессия страха

Страхи заставляют ребёнка или подростка «быть во всеоружии», т.е. быть готовым отразить нападение или другую опасность. Как правило, страхи носят преувеличенный характер. На пример, боясь насекомых, человек раздавит паука, даже если тот совершенно безвреден. И агрессивная реакция ребёнка нередко бывает чрезмерной и опережающей. Обычно у этих детей повышенная агрессивность сочетается с трусливостью, поэтому коррекция поведения невозможна без работы со страхами. В этом случае тоже необходима помощь психолога. Взрослые помогают ребёнку отреагировать страхи «как нормальное явление» и затем составить «арсенал» возможных реагирований на них.

Агрессия тревоги

Дети, как правило, не осознают, в чём источник их тревоги, они ощущают, что их «что-то гнетёт», «что-то плохо», что-то «не так». Поэтому и агрессия направляется внутрь («на тревогу») и проявляется, например, в переедании, излишнем употреблении сладостей, жевательных резинок и т.п., а также в пустой трате времени у телевизора, компьютера, игровых автоматов (попытка обмануть или заглушить тревогу). Иногда агрессия направляется вовне в виде раздражения, ворчания, сплетен, передаче слухов, «страшной» информации, недовольстве «всеми и вся». Маленькие дети могут злиться и вредничать без видимой причины.

Агрессия не выражается прямо, а направляется в пространство, вызывая ответное раздражение (т.е. агрессию) у окружающих.

Усилия взрослых должны быть направлены на то, чтобы избавить ребёнка от состояния тревожности. Этому способствуют доверительные беседы на темы, касающиеся его отношений с одноклассниками, его успеваемости, его отношения к себе и т. д. Иногда ребёнок с готовностью идёт на беседы, в результате которых осознаёт свои страхи и они перестают носить характер тревоги. Вообще работа с детьми, у которых проявляется агрессия тревоги, обычно требует компетентности и значительных затрат времени.

Агрессия вины

Чувство вины всегда вызывает душевное страдание, и человек, желая избавиться от него, либо старается искупить вину поступком, либо направляет агрессию на источник страданий (если нет сил, возможностей, желания что-то изменить). Если это мать или отец и ребёнок не может себе позволить агрессию по отношению к родителям, он направляет её на младшего брата, на кошку или на другой, как правило, беззащитный объект. Таким объектом может стать даже учитель, особенно если школьник считает его «не опасным». Но чаще всего объектом нападения такого ребёнка становится самый слабый ученик в классе.

Агрессия может быть направлена и внутрь на самого себя: я — плохой», «я виновен», «я должен быть наказан». Наказание принимает форму самобичевания, самообвинения или само разрушающего поведения.

Такого рода агрессию можно предупредить, если взрослые будут помнить о своей ответственности при использовании обвинений в качестве воспитательных мер. Педагогическое требование, ни при каких условиях не должно превращаться в обвинение.

Агрессия низкой самооценки

Часто проявляется в виде повышенной обидчивости, вспыльчивости, ранимости. Агрессия низкой самооценки часто формируется в атмосфере излишней критичности, придиорок, насмешек, издёвок по отношению к ребёнку. Наиболее склонны к этому типу агрессии дети, чувствительные к оценке других, особенно если она исходит от значимых для них людей. Смысл его агрессии примерно таков: «Я ненавижу вас за то, что вы заставляете меня чувствовать себя ничтожеством».

Такие дети нуждаются в чутком и тактичном к себе отношении. Им не хватает веры в себя и силы духа, что бы справиться со своими трудностями. Из-за своей уязвимости они часто становятся «белыми воронами».

Помочь ребёнку осознать свои сильные стороны, поверить в себя, в силу своего духа, а также увидеть других могут взрослые — учителя и родители. Такого ребёнка, нельзя высмеивать, к нему не следует проявлять ироническое отношение и тем более на него нельзя кричать.

Дети с низкой самооценкой часто сильно страдают, поэтому бывают склонны к суициду (одна девочка говорила: «Я ненавижу себя, боюсь учительницу и не хочу больше жить!)). В работе с ними обязательно должен принимать участие психолог.

Агрессия завышенной самооценки

Дети с завышенной самооценкой высокомерны, уверены в своей значимости, избранности, «гениальности». При этом они убеждены в том, что их не ценят, не понимают, к ним несправедливо относятся. Такие дети могут быть чрезвычайно агрессивными, даже приходить в ярость в ситуации, когда их «гениальность» подвергается сомнению. Кроме того, они порой испытывают удовольствие, унижая тех, кто слабее.

Этот вид агрессии труднее всего поддаётся коррекции. В её основе лежат глубокие причины, такие, как нарушение ранних отношений ребёнка со значимыми людьми. В ярко выраженных случаях нужно рекомендовать родителям обязательно проконсультироваться у психолога (лучше не только школьного) или психиатра.

Эта типология не исчерпывает всех видов детской агрессии. Но всё же она позволяет родителям и учителям рассматривать агрессию не как злой умысел детей, а как наличие у них внутренних проблем, с которыми самостоятельно они не могут справиться. Такие дети нуждаются во внимании со стороны родителей и в профессиональной поддержке педагога и психолога. Конечно, оказать такую поддержку непросто, в основе одинаковых внешних проявлений могут лежать разные причины и их «расшифровка» требует как компетентности, так и эмпатии взрослых. По-видимому, решение проблемы лежит не в плоскости поиска «подходящих технологий борьбы с детской агрессией», а в плоскости расширения педагогического сознания, в частности, понимания того, что каждый ребёнок «агрессивен по-своему». Необходимо всякий раз настраиваться на конкретного ребёнка, используя и развивая свою способность к наблюдательности, сочувствию и пониманию.

В момент особенно интенсивного агрессивного состояния ребенка учителя могут использовать следующие приемы снятия агрессивного поведения:

- 1) попросить ребенка улыбнуться, подышать глубже, нормализовать дыхание, расправить плечи, расслабиться, отжаться от пола;
- 2) предложить ребенку переадресовать агрессию на неодушевленный предмет или дей-

ствие (скомкать и разорвать в клочья бумагу, рисунок со своим гневом/обидчиком, топтать ногами, громко кричать, используя «трубу» из ватмана, бить боксерскую грушу, манекен и т.д.);

3) переключить внимание на какое-либо задание («Помоги мне, пожалуйста, снять с полки... Ты ведь выше меня»);

4) можно также попросить ребенка вспомнить что-то приятное, предложить ему мысленно оказаться в приятном месте, сказать себе добрые слова, найти в случившемся положительные стороны.

Отечественные исследователи разработали для педагогов и родителей ряд специальных рекомендаций и правил экстренного вмешательства, обеспечивающих конструктивное воздействие на агрессивные реакции детей:

1. Спокойное отношение, игнорирование незначительной агрессии (так называемый изящный уход). Озадачьте «агрессора», неожиданно соглашаясь с ним или меняя тему. Отвечайте так, как если бы слова ребенка были безобидными, незначительными или очевидными.

2. Акцентирование внимания на поступках (поведении), а не на личности ребенка («Ты воспитанный человек, но сейчас ведешь себя агрессивно престаупаешь допустимую черту», «Я знаю, что ты дисциплинированный. Почему ты сейчас нарушаешь правило?», «Ты злишься? Ты хочешь меня обидеть? Ты хочешь нам продемонстрировать свою силу?»).

3. Контроль педагогом собственных негативных эмоций — это не подкрепляет агрессивное поведение, сохраняет партнерские отношения, демонстрирует модели неагрессивного поведения, укрепляет авторитет педагога.

4. Снижение напряжения ситуации. Нередко педагоги используют действия, усиливающие напряжение и агрессию: устрашающие и гневные интонации, сарказм и насмешки, демонстрацию власти («Учитель здесь пока еще я», «Будет так, как я скажу, понятно?»), агрессивные позы и жесты, физическую силу, жесткие требования, давление, оценку характера и личности ученика, втягивание в конфликт друзей и родителей ребенка, сравнение с другими детьми, нотации и проповеди, обобщения («Все вы одинаковые», «Опять ты», «Ты как всегда»), придирки, передразнивание и др. Опытный педагог знает, что некоторые из этих реакций могут остановить проступок на короткое время, но отрицательный эффект от такого поведения принесет гораздо больше вреда.

5. Обсуждение проступка после успокоения обеих сторон, но как можно скорее после инцидента, сначала наедине, без свидетелей, а затем в группе или семье. Важно сохранять спокойную, объективную позицию, акцентировать внимание на проступке и его негативных последствиях для окружающих и самого ребенка.

6. Сохранение положительной репутации ребенка в кругу сверстников. Для ребенка, тем более подростка, самое страшное — публичное осуждение и негативная оценка. Сохранить положительную репутацию можно, публично сведя к минимуму вину ребенка («Ты не хотел его обидеть», «Ты плохо себя чувствуешь»), предложив компромисс и не требуя полного подчинения, но не распространяя это на личное общение.

7. Демонстрация модели неагрессивного поведения. Альтернативное агрессивному поведение педагога можно построить используя следующие приемы: выдержать паузу, молча заинтересованно выслушал ребенка, прояснить ситуацию наводящими вопросами, признать интересы маленького агрессора и сообщить ему свои, апеллировать к правилам и т.д.

2.3. Уровни профилактики

Профилактика - система государственных и общественных социальных, гигиенических и медицинских мероприятий.

I. Первичная профилактика

1. Изучение механизмов формирования материнского и отцовского поведения, типа семьи и воспитания.

2. Изучение и коррекция нарушения материнско-детских отношений, которые служат причиной снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрасте.

3. Формирование здорового жизненного стиля, высоко функциональных стратегий поведения и личностных ресурсов.

4. Направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- Я - концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);
- собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
- умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
- осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

5. Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;
- формирование умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;
- формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;
- формирование умения контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;
- формирование умения осознавать, что со мной происходит и почему, в результате анализа собственного состояния;
- формирование умения сопереживать окружающим и понимать их, понимать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);
- формирование умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим.

6. Развитие высокоэффективных стратегий и навыков поведения:

- навыков принятия решения и преодоления жизненных проблем;
- навыков восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;
- навыков оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;
- навыков отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;
- навыков защиты своего Я, самоподдержки и взаимоподдержки;
- навыков бесконфликтного и эффективного общения.

II. Вторичная профилактика:

- раннее вмешательство в коррекцию клинико-биологических нарушений у ребенка;
- исследование генограммы семьи;
- коррекция семейных отношений, физических и эмоциональных связей, определение детско-

родительских границ;

- наличие четких семейных ролей.

III. Третичная профилактика проводится в отношении подростков, совершивших правонарушение, и её целью является коррекция поведения подростка и его развитие, а не само преступление. Предполагается создание ювенильных судов, оценивающих антропосоциоцентрический подход к личности подростка с учетом его социальной уязвимости в обществе, отрицательным социальным опытом и низкими социальными перспективами.

Способы профилактики и психокоррекции агрессивного поведения

Тактика запретов и наказаний. Она показана лишь при диагностике делинквентного и криминального типа поведенческой девиации, и ее применение при иных типах научно не обосновано и бессмысленно. Страх наказания не способен изменить аддиктивное, патохарактерологическое или психопатологическое агрессивное поведение.

Тренинг социальных умений. К нему прибегают в случае добровольного желания избавиться от агрессивных паттернов поведения, обучиться сдержанности. По данным Р. Бэрона и Д. Ричардсона, тренинг социальных умений при агрессивном поведении заключается в следующих процедурах:

1) моделирование, предполагающее демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения;

ролевые игры, предлагающие представить себя в ситуации, когда требуется реализация базовых умений, что дает возможность на практике проверить модели поведения, которым испытуемые обучились в процессе моделирования;

2) установление обратной связи - поощрения позитивного поведения («позитивное подкрепление»);

3) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

Методы психологического консультирования или психотерапии при агрессивном поведении являются значительно менее эффективными по сравнению с психокоррекционными мероприятиями.

Психокоррекционные мероприятия.

Примерами таких технологий могут служить западные и отечественные **школьные программы предупреждения агрессивности и жестокости**. Школа избрана местом для предупреждения агрессивности и жестокости неслучайно по следующим причинам:

- легче предупредить агрессивность и жестокость, чем пытаться преодолеть ее, и поэтому начинать надо с их профилактики;

- в школах может складываться такая обстановка, что предупреждение агрессивности и жестокости и получение образования становятся взаимозависимыми событиями. Для того чтобы иметь возможность успешно учить детей, необходимо заниматься преодолением и профилактикой жестокости в их среде;

- дети могут быть лишены возможности развивать навыки неагрессивного поведения в семье и на улице. Тогда школа является единственным и важнейшим местом обучения нежестокости.

Практические задания

Перечень тем для подготовки к семинарским занятиям

Тема 1. Агрессивное поведение как форма девиантного поведения

Сущность и содержание агрессивного поведения. Теоретический анализ подходов отечественных и зарубежных исследователей по проблеме агрессивного поведения. Этиология агрессивного поведения. Агрессивное поведение как одна из форм девиантного поведения. Понятие девиантного поведения с позиции нормы. Междисциплинарный характер проблемы агрессивного поведения как формы девиантного поведения. Отклоняющееся поведение как

социально-психологический статус личности на оси «социализация - дезадаптация – изоляция». Дифференциация понятий «агрессия» «агрессивность» и «агрессивные действия». Агрессия как мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе. Агрессивность как определенное психическое состояние. Механизм человеческой агрессивности по Фромму. Агрессивное действие как проявление агрессивности в ситуативной реакции.

Тема 2. Детерминация агрессивного поведения детей и подростков

Современные подходы к проблеме детерминации агрессивного поведения в отечественной и зарубежной психологии. Социально-природные детерминанты агрессивного поведения как формы девиантного поведения личности. Детерминирующие факторы в системе «общество – личность». Основные теоретические подходы к пониманию причин агрессивного поведения. Классификация факторов, детерминирующих агрессивное поведение личности. Дифференциация патологических и непатологических девиаций. Специфика поведенческих реакций подростков. Признаки патологических реакций (по Личко Л.Е.). Индивидуально-психологические причины агрессивного поведения. Психологическая типология несовершеннолетних с различным уровнем агрессивности. Гендерный подход к классификации агрессивности детей и подростков.

Методики психологической диагностики агрессивного поведения и компонентов его регуляции.

Тема 3. Методы исследования агрессивного поведения несовершеннолетних

Современные методы оценки риска агрессивного поведения несовершеннолетних. Агрессивность как детерминанта девиантного поведения подростков. Психодиагностическое исследование агрессивности. характера как фактор риска развития агрессивного поведения подростков. Методы исследования акцентуации характера. Проективные методики в диагностике агрессивного поведения несовершеннолетних. Дезадаптация как фактор риска развития агрессивного поведения подростков. Методы исследования дезадаптации детей и подростков. Психологическая характеристика и диагностика социально-коммуникативной компетентности подростков. Методики психологической диагностики агрессивного поведения и компонентов его регуляции.

Тема 4. Профилактика агрессивного поведения.

Понятие профилактики агрессивного поведения. Виды профилактики. Профилактика агрессивного поведения в дошкольном и младшем школьном возрасте. Социальная дезадаптация ребенка как фактор риска развития агрессивного поведения. Профилактика социальной дезадаптации. Методы регуляции эмоционально-волевой сферы ребенка. Превенция агрессивного поведения подростков. Агрессивность подростков как форма протеста. Насилие как основа для формирования агрессивных склонностей у подростков. Профилактика домашнего и школьного насилия. Система психолого-педагогической профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних. Модули психолого-педагогической системы профилактики агрессивного поведения. Программы профилактики агрессивного поведения. Психосоциальные технологии по предупреждению жестокости среди подростков. Профилактика агрессивного поведения подростков посредством системы педагогического взаимодействия. Организация безопасной образовательной среды.

Тема 5. Психолого-педагогическая коррекция как форма превенции агрессивного поведения.

Методы психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками. Виды

психокоррекционной работы: индивидуальная, семейная, групповая. Современные методы коррекции агрессивного поведения среди детей и подростков. Поведенческая коррекция агрессивного поведения. Принципы поведенческой коррекции. Методы активного социального обучения адаптивным поведенческим реакциям. Игровые методы психокоррекции агрессивного поведения. Коррекция через изъятие из привычного окружения и помещение в корректирующую среду или группу. Коррекция агрессивного поведения через творческое самовыражение.

Сборник задач и упражнений для самостоятельной работы

1. По итогам изучения каждой темы учебной дисциплины подготовьте структурно-логические схемы и предоставьте для проверки преподавателю.
2. Осветите вопрос о вкладе отечественных и зарубежных психологов в исследование методов профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних.
3. Выскажите и попытайтесь обосновать свою точку зрения на этиологию агрессивного поведения несовершеннолетних.
4. Назовите и охарактеризуйте основные методы исследования агрессивного поведения несовершеннолетних.
5. Что представляет собой аутоагрессивное поведение как фактор риска развития отклоняющегося поведения несовершеннолетних?
6. Расскажите о методах первичной профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних.
7. Назовите социальные и психологические факторы риска развития агрессивного поведения. Какими методами профилактики его можно предупредить.
8. Расскажите о видах профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних.
9. Охарактеризуйте методы диагностики, оценки, прогнозирования и профилактики агрессивного поведения детей и подростков.
10. Сформулируйте и изложите письменно практические рекомендации родителям по профилактике агрессивного поведения дошкольников.
11. Подготовьте и представьте для проверки преподавателю банк методик по оценке рисков развития агрессивного поведения несовершеннолетних.
12. Составьте и заполните таблицы:
 - а) «Основные направления профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних».
 - б) «Современные методы профилактики агрессивного поведения подростков».
 - с) «Факторы риска развития агрессивного поведения детей, подростков и молодежи».
13. Составьте кроссворды по следующим темам:
 - а) «Детерминация агрессивного поведения подростков».
 - б) «Методы профилактики агрессивного поведения младших школьников».

Перечень заданий студентам по созданию моделей изучаемых явлений

1. Выполнить модели отдельных ситуаций агрессивного поведения подростков в определенном месте и времени. Дать необходимые пояснения к ней.
2. Разработать модель агрессивного поведения подростков в определенном месте и времени, в которой используется внушение референтной асоциальной группы как способ влияния. Дать необходимые пояснения к ней, оценив степень риска для психического и личностного развития подростков.
3. Выполнить модель ситуации взаимодействия подростков в определенном месте и времени, в которой используется физическая сила как способ убеждения. Дать необходимые

пояснения к ней.

4. Разработать модель буллинга в образовательной среде. Дать необходимые пояснения к ней, оценив степень риска для психического и личностного развития несовершеннолетних.

5. Выполнить модель подражания младшего подростка поведению агрессивного сверстника в общении и деятельности. Дать необходимые пояснения к ней, оценив степень риска для формирования личности подростка.

6. Выполнить модель функционирования психики ребенка в период подражания действиям отца-агрессора в семье. Прокомментировать модель, оценив степень риска развития агрессивного поведения ребенка.

7. Разработать модель функционирования психики подростка, ведущей к образованию убеждения пользы физической и вербальной агрессии. Дать необходимые пояснения к ней, оценить степень риска для психического и личностного развития подростка и предложить план психокоррекционных и профилактических мероприятий.

8. Выполнить модель социально-психологической идентификации личности подростка с референтной асоциальной группой лиц с агрессивным поведением. Прокомментировать модель, оценив степень риска для психического и личностного развития подростка.

9. Провести социометрическое исследование в 7-8 классах и по его результатам построить модели лидерства в организованных группах. Прокомментировать модели, оценив позитивные и негативные условия для психического и личностного развития учащихся.

10. Разработать модель наличия вербальной и физической агрессии в семье и их влияния на личность ребенка. Дать необходимые пояснения к модели, оценить степень риска для психического и личностного развития, разработать план психокоррекционных и профилактических мероприятий.

Тест агрессивности (Опросник Л.Г. Почебут)

Шкалы: вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная агрессия, эмоциональная агрессия, самоагрессия.

Назначение теста: Диагностика агрессивного поведения.

Описание теста

В этнопсихологических исследованиях особое место занимает проблема изучения агрессивного поведения. Определение уровня агрессивности может помочь в профилактике межэтнических конфликтов и стабилизации социальной и экономической ситуации в стране. Агрессивное поведение – это специфическая форма действий человека, характеризующаяся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому либо группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб.

Агрессивное поведение целесообразно рассматривать как противоположное поведению адаптивному.

Адаптивное поведение предполагает взаимодействие человека с другими людьми, согласование интересов, требований и ожиданий его участников. Психологи Б. Басс и Р. Дарки разработали тест, оценивающий уровень агрессивного поведения человека.

Инструкция к тесту

«Предполагаемый опросник выявляет ваш обычный стиль поведения в стрессовых ситуациях и особенности приспособления в социальной среде. Вам необходимо однозначно («да» или «нет») оценить 40 приведенных ниже утверждений».

Тест

1. Во время спора я часто повышаю голос.
2. Если меня кто-то раздражает, я могу сказать ему все, что о нем думаю.
3. Если мне необходимо будет прибегнуть к физической силе для защиты своих прав, я, не раздумывая, сделаю это.

4. Когда я встречаю неприятного мне человека, я могу позволить себе незаметно ущипнуть или толкнуть его.
5. Увлечшись спором с другим человеком, я могу стукнуть кулаком по столу, чтобы привлечь к себе внимание или доказать свою правоту.
6. Я постоянно чувствую, что другие не уважают мои права.
7. Вспоминая прошлое, порой мне бывает обидно за себя.
8. Хотя я и не подаю вида, иногда меня гложет зависть.
9. Если я не одобряю поведение своих знакомых, то я прямо говорю им об этом.
10. В сильном гневе я употребляю крепкие выражения, сквернословлю.
11. Если кто-нибудь поднимет на меня руку, я постараюсь ударить его первым.
12. Я бываю настолько взбешен, что швыряю разные предметы.
13. У меня часто возникает потребность переставить в квартире мебель или полностью сменить ее.
14. В общении с людьми я часто чувствую себя «пороховой бочкой», которая постоянно готова взорваться.
15. Порой у меня появляется желание зло пошутить над другим человеком.
16. Когда я сердит, то обычно мрачнею.
17. В разговоре с человеком я стараюсь его внимательно выслушать, не перебивая.
18. В молодости у меня часто «чесались кулаки» и я всегда был готов пустить их в ход.
19. Если я знаю, что человек намеренно меня толкнул, то дело может дойти до драки.
20. Творческий беспорядок на моем рабочем столе позволяет мне эффективно работать.
21. Я помню, что бывал настолько сердитым, что хватал все, что попадало под руку, и ломал.
22. Иногда люди раздражают меня только одним своим присутствием.
23. Я часто удивляюсь, какие скрытые причины заставляют другого человека делать мне что-нибудь хорошее.
24. Если мне нанесут обиду, у меня пропадет желание разговаривать с кем бы то ни было.
25. Иногда я намеренно говорю гадости о человеке, которого не люблю.
26. Когда я взбешен, я кричу самое злобное ругательство.
27. В детстве я избегал драться.
28. Я знаю, по какой причине и когда можно кого-нибудь ударить.
29. Когда я взбешен, то могу хлопнуть дверью.
30. Мне кажется, что окружающие люди меня не любят.
31. Я постоянно делюсь с другими своими чувствами и переживаниями.
32. Очень часто своими словами и действиями я сам себе приношу вред.
33. Когда люди орут на меня, я отвечаю тем же.
34. Если кто-нибудь ударит меня первым, я в ответ ударю его.
35. Меня раздражает, когда предметы лежат не на своем месте.
36. Если мне не удастся починить сломавшийся или порвавшийся предмет, то я в гневе ломаю или рву его окончательно.
37. Другие люди мне всегда кажутся преуспевающими.
38. Когда я думаю об очень неприятном мне человеке, я могу прийти в возбуждение от желания причинить ему зло.

39. Иногда мне кажется, что судьба сыграла со мной злую шутку.

40. Если кто-нибудь обращается со мной не так, как следует, я очень расстраиваюсь по этому поводу.

Обработка и интерпретация результатов теста

Агрессивное поведение по форме проявления подразделяется на 5 шкал.

▪ Вербальная агрессия (ВА) – человек вербально выражает свое агрессивное отношение к другому человеку, использует словесные оскорбления.

▪ Физическая агрессия (ФА) – человек выражает свою агрессию по отношению к другому человеку с применением физической силы.

▪ Предметная агрессия (ПА) – человек срывает свою агрессию на окружающих его предметах.

▪ Эмоциональная агрессия (ЭА) – у человека возникает эмоциональное отчуждение при общении с другим человеком, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к нему.

▪ Самоагрессия (СА) – человек не находится в мире и согласии с собой; у него отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты; он оказывается беззащитным в агрессивной среде.

Ключ для обработки теста:

Тип агрессии	Номер утверждения	
	Да	Нет
ВА	1, 2, 9, 10, 25, 26, 33	17
ФА	3, 4, 11, 18, 19, 28, 34	27
ПА	5, 12, 13, 21, 29, 35, 36	20
ЭА	6, 14, 15, 22, 30, 37, 38	23
СА	7, 8, 16, 24, 32, 39, 40	31

Математическая обработка. Вначале суммируются баллы по каждой из пяти шкал.

Если сумма баллов выше 5, это означает высокую степень агрессивности и низкую степень адаптивности по шкале.

Сумма баллов от 3 до 4 соответствует средней степени агрессии и адаптированности. Сумма баллов от 0 до 2 означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированности по данному типу поведения. Затем суммируются баллы по всем шкалам.

Если сумма превышает 25 баллов, это означает высокую степень агрессивности человека, его низкие адаптационные возможности.

Сумма баллов от 11 до 24 соответствует среднему уровню агрессивности и адаптированности.

Сумма баллов от 0 до 10 означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированного поведения.

В результате проведенных исследований валидность теста проверена на 483 испытуемых. Внутришкальные коэффициенты корреляции превышают 0,35 и значимы на 5%-ном уровне.

Платонов Ю.П. Основы этнической психологии. Учеб.пособие. – СПб.: Речь, 2003, с. 383-385.

Перечень тем, докладов и сообщений

1. Проблема профилактики агрессивного поведения детей и подростков в отечественной и зарубежной психологии.
2. Современные методы профилактики агрессивного поведения детей, подростков и молодежи.
3. Теоретические подходы к исследованию детерминации агрессивного поведения несовершеннолетних в психологической науке.
4. Влияние семейных факторов на развитие агрессивного поведения. Методы их оценки, прогнозирования, профилактики и коррекции.
5. Профилактика домашнего насилия как фактор превенции развития агрессивного поведения несовершеннолетних.
6. Психологические аспекты и современные методы профилактики развития преступности, агрессивности, маргинальности.
7. Методы профилактики школьного насилия как фактора развития агрессивного поведения несовершеннолетних.
8. Роль личностных аномалий в риске развития агрессивного поведения. Методы их оценки, прогнозирования, профилактики.
9. Основные направления профилактики агрессивного поведения несовершеннолетних.
10. Современные методы коррекции агрессивного поведения среди детей и подростков.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации

Тест

1. Агрессия – это...
2. Определяющее свойство агрессии:
 - а) конструктивность;
 - б) деструкция;
 - в) поведение;
 - г) наказание.
3. Кто ввёл дополнительные аспекты в базовое определение агрессии:
 - а) Р.Бэрон и Д.Ридчардсон;
 - б) З.Фрейд и А.Адлер;
 - в) А.Бандура и Л.Берковиц;
 - г) А.Басс и С.Фешбек.
4. В модели агрессии Э.Фромма выделяет:
 - а) конструктивную и деструктивную агрессию;
 - б) врожденную агрессию;
 - в) поведенческую агрессию;
 - г) доброкачественную и злокачественную агрессию.
5. Основание уровневого структурирования агрессии по Т.Н. Курбатовой является:
 - а) соответственно мотивации;
 - б) соответственно уровня психологической организации;
 - в) соответственно поведения;
 - г) соответственно наказания.

6.Перечислите науки в рамках, которых изучается агрессия.

7.Синоним агрессивности:

- а) жестокость;
- б) злость;
- в) порыв;
- г) раздражение.

8.В каком веке проблема агрессивности оформилась в современном виде:

- а) начало XIX – середина XIX;
- б) середина XIX – конец XX;
- в) конец XIX – начало XX;
- г) начало XX – середина XX.

9.Перечислите основные теории, изучения агрессии.

10.Основоположником(ками) фундаментальной инстинктивистской теории агрессии является:

- а) З.Фрейд;
- б) У.Макдаугалл и У.Джеймс;
- в) Дж.П.Скотт;
- г) А.Сторр и С.Фешбек.

11.Факторы, от которых зависит преобразование энергии в агрессивное поведение по К.Лоренцу.

12.Основополагающими для схемы «фрустрация – агрессия» являются:

- а) возбуждение и торможение;
- б) возбуждение и замещение;
- в) торможение и замещение;
- г) торможение и рационализация.

13.Кто и какие модификации ввёл в схему «фрустрация – агрессия».

14.Социальное подкрепление может быть:

- а) положительное и отрицательное;
- б) отрицательное и нейтральное;
- в) положительное и нейтральное;
- г) нейтральное и замещающее.

15.Наиболее выражены различия между агрессивными и неагрессивными детьми в:

- а) жестокости;
- б) социальном статусе;
- в) предпочтении агрессивных альтернатив;
- г) незнании конструктивных решений.

16.В какой теории принуждение квалифицируется как агрессия, если оно не узаконено социальными нормами?

17.Какой подход в отечественной психологии позволяет за счёт разных целей глубже дифференцировать разновидности агрессивного поведения?

18.Ю.М.Антонян выделяет компоненты агрессии:

- а) отрицательный, положительный, нейтральный;
- б) конструктивный, отрицательный, дефицитарный;
- в) конструктивный, деструктивный, нейтральный;

г) конструктивный, деструктивный, дефицитарный.

19. Кто предложил в качестве единицы агрессии «Социальный Алгоритм»?

20. Перечислите специфические признаки агрессии, отличающие её от других стратегий поисковой активности.

21. Основные факторы, вызывающие агрессию:

а) биологические, социальные;

б) наследственные, приобретенные;

в) биологические, социальные, индивидуальные детерминанты;

г) раздражение, ненависть.

22. Под влиянием, каких факторов может возникнуть агрессивность по К.Мойеру?

23. Социализация агрессии – это...

24. Перечислите факторы социализации агрессии.

25. Для подростковой агрессии характерны...

26. Факторы, способствующие росту делинквентной агрессии среди подростков...

Перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Профилактика агрессивного поведения»

1. Предмет, задачи, методы и основные понятия дисциплины «Профилактика агрессивного поведения».

2. Понятие и природа агрессии.

3. Виды и формы агрессии.

4. Агрессия и агрессивность.

5. Основные теоретические подходы к изучению агрессии.

6. Агрессивное поведение как форма девиаций.

7. Противоправная агрессия.

8. Индивидуально-типологические характеристики агрессивного поведения и эмоциональные основы агрессии.

9. Агрессивное поведение как проявление психологической защиты.

10. Возрастные особенности агрессивного поведения.

11. Особенности проявления агрессивного поведения ребёнка в дошкольном возрасте

12. Анализ агрессивного поведения детей и подростков.

13. Профилактика жестокости и агрессивности в подростковой среде и способы её преодоления.

14. Роль семьи в формировании модели агрессивного поведения детей и подростков.

15. Организация профилактической и психокоррекционной работы с детьми и

16. подростками, склонными к агрессии.

17. Профилактика патологических форм агрессивного поведения детей и подростков.

18. Общество и его способы трансляции паттернов агрессивного поведения.

19. Агрессия и насилие в средствах массовой информации и коммуникации.

20. Криминальная агрессия.

21. Криминальная аутоагрессия.

22. Личность криминального агрессора.

23. Типология личности криминального агрессора.

24. Предупреждение криминальной агрессии.

25. Подходы к интерпретации и диагностике агрессивного поведения.
26. Профилактика и коррекция агрессивности.

Практическая часть курса: составить тренинговое занятие по профилактике агрессивного поведения.

Цель:

- установление доверительных внутригрупповых отношений;
- поиск альтернативных (социально-приемлемых) способов удовлетворения собственных потребностей и взаимодействия с окружающими;– психологическая коррекция (детских, подростковых) обид.

Задачи:

- развитие навыков управления своим эмоциональным состоянием;– обучение способам целенаправленного поведения, внутреннего самоконтроля и сдерживания негативных импульсов; – накопление психологических знаний о безопасных способах выражения агрессии.

Список рекомендуемой литературы по разделу

а) Основная литература

1. Петрова А. Б. Психологическая коррекция и профилактика агрессивных форм поведения несовершеннолетних с девиантным поведением : практ. руководство : учеб.пособие для вузов - М. : Флинта [и др.], 2008. - 150 с. - (Б-ка психолога) - Рек. Рос.акад. обр. Кол-во экземпляров: 30.
2. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения) : учеб.пособие для вузов - М. : Академия, 2007. - 288 с. - (Высшее профессиональное образование) - Доп. УМО Кол-во экземпляров: 32.
3. Бандура А. Подростковая агрессия: изучение влияния воспитания и семейных отношений / Уолтерс Р. - М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. - 509 с. Кол-во экземпляров: 3
4. Мустаева Ф. А. Девиантное поведение подростков / Мустаева Ф. А. // Мустаева Ф. А. Социальная педагогика - М.; Екатеринбург, 2003 - Гл. 8. - С. 236-277. Кол-во экземпляров: 1

б) Дополнительная литература

1. Бандура А. Подростковая агрессия: изучение влияния воспитания и семейных отношений / Уолтерс Р. - М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. - 509 с.
2. Овчарова Р. В. Технологии практического психолога образования : Учеб.пособие для вузов - М. : ТЦ Сфера, 2000. - 442 с.
3. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции : Учеб.пособие - М. : МПСИ: Флинта, 2003. - 93 с.
4. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения) : учеб.пособие для вузов - М. : Академия, 2007. - 288 с.
5. Криминальная психология : учеб.пособие для вузов - М. [и др.] : Изд-во МПСИ [и др.], 2007. - 495 с.
6. Петрова А. Б. Психологическая коррекция и профилактика агрессивных форм поведения несовершеннолетних с девиантным поведением : практ. руководство : учеб.пособие для вузов - М. : Флинта [и др.], 2008. - 150 с

7. Михайлова О.Ю. Агрессия и сексуальное поведение / Михайлова О.Ю. // Прикладная психология - 2000 - №6. - С. 16 - 24.
8. Смирнова Е.О. Психологические особенности и варианты детской агрессивности / Смирнова Е.О. // Вопросы психологии - 2002 - N 1. - С. 17
9. Зимелева З.А. Агрессивное поведение подростков и личность родителей / Зимелева З.А. // Психологическая наука и образование - 2001 - N 4. - С. 22 - 27.
10. Собкин В. С. Подросток: отклоняющееся поведение и возрастной кризис / Собкин В. С. // Начальная школа плюс До и После - 2004 - N 3. - С. 20-25.
11. Макаров В. В. Ассертивность / Макаров В. В. // Психотерапия - 2004 - N 6. - С. 2-8.
12. Яковлев Б. Феномен аутоагрессии / Яковлев Б. // ОБЖ. Основы безопасности жизни - 2006 - N 5. - С. 49-52.
13. Петрусь Н. Я. Агрессивный ребенок: особенности педагогического взаимодействия / Петрусь Н. Я. // Начальная школа - 2007 - N 1. - С. 32-36.

3. ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ

3.1. Зависимое (аддиктивное) поведение: основные понятия

Зависимое поведение как социальная проблема

1. Общая характеристика зависимого поведения.
2. Концептуальные модели зависимого поведения.
3. Факторы зависимого поведения личности.

1. Общая характеристика зависимого поведения

Внутри чрезвычайно сложной и многообразной категории «отклоняющееся поведение личности» выделяется подгруппа так называемого зависимого поведения или зависимостей.

Зависимость – это хроническое заболевание, характеризующееся компульсивным (неконтролируемым, приступообразным) поведением при отсутствии адекватного отношения к негативным последствиям такого поведения.

Зависимое поведение личности представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку в выраженной форме может иметь такие негативные последствия, как утрата работоспособности, конфликты с окружающими, совершение преступлений. Кроме того, это наиболее распространенный вид девиации, так или иначе затрагивающий любую семью.

С давних времен различные формы зависимого поведения называли вредными или пагубными привычками, имея в виду пьянство, переедание, азартные игры и другие пристрастия. В современной медицинской литературе широко используется такой термин, как патологические привычки. Понятие зависимость также заимствовано из медицины, является относительно новым и популярным в настоящее время.

В широком смысле под зависимостью понимают стремление полагаться на кого-то или что-то в целях получения удовлетворения или адаптации. Условно можно говорить о нормальной и чрезмерной зависимости. Все люди испытывают «нормальную» зависимость от таких жизненно важных объектов, как воздух, вода, еда. Большинство людей питают здоровую привязанность к родителям, друзьям, супругам... В некоторых случаях наблюдаются нарушения нормальных отношений зависимости. Например, аутические, шизоидные, асоциальные и антисоциальные расстройства личности возникают вследствие катастрофически недостаточной привязанности к другим людям.

Склонность к чрезмерной зависимости, напротив, порождает проблемные симбиотические отношения, или зависимое поведение. Далее, используя термин «зависимость», мы будем иметь в виду именно чрезмерную привязанность к чему-либо.

Зависимое поведение, как вид девиантного поведения личности, в свою очередь имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции. Теоретически (при определенных условиях) это могут быть любые объекты или формы активности – химическое вещество, пища, деньги, работа, игры, физические упражнения или секс.

В реальной жизни более распространены такие объекты зависимости, как:

- 1) психоактивные вещества (наркотические вещества и токсикоманические средства, включая алкоголь);
- 2) пища;
- 3) игры;
- 4) секс;
- 5) религия и религиозные культы;
- 6) компьютер и социальные сети.

В соответствии с перечисленными объектами выделяют следующие *формы зависимого поведения*:

- химическая зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость);

- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды);
- гэмблинг - игровая зависимость (компьютерная зависимость, азартные игры);
- сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксбиционизм, вуайеризм, некрофилия, садомазохизм);
- религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлеченность в секту);
- компьютерная зависимость.

Итак, *зависимое (аддиктивное) поведение* – это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации.

Выбор личностью конкретного объекта зависимости отчасти определяется его специфическим действием на организм человека. Как правило, люди отличаются по индивидуальной предрасположенности к определенным объектам аддикции.

Степень тяжести аддиктивного поведения может быть различной – от практически нормального поведения до тяжелых форм биологической зависимости, сопровождающихся выраженной соматической и психической патологией. В связи с этим некоторые авторы различают аддиктивное поведение и просто вредные привычки, которые не достигают степени зависимости и не представляют фатальной угрозы, например переедание или курение.

Различные формы зависимого поведения имеют тенденцию сочетаться или переходить друг в друга, что доказывает общность механизмов их функционирования. Например, курильщик с многолетним стажем, отказавшись от сигарет, может испытывать постоянное желание есть. Человек, зависимый от героина, часто пытается поддерживать ремиссию с помощью употребления более легких наркотиков или алкоголя.

Следовательно, несмотря на кажущиеся внешние различия, различные аддиктивного формы поведения имеют принципиально схожие психологические механизмы. В связи с этим выделяют общие признаки аддиктивного поведения.

Прежде всего зависимое поведение личности проявляется в ее устойчивом стремлении к изменению психофизического состояния. Данное влечение переживается человеком как импульсивно-категоричное, непреодолимое, ненасыщаемое. Внешне это может выглядеть как борьба с самим собой, а чаще – как утрата самоконтроля.

Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. [Электронный ресурс] / Е.В. Змановская. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с. - Режим доступа: <http://refdb.ru/look/1971883-p13.html>, свободный. – Загл. с экрана.

2. Концептуальные модели зависимого поведения

Представления о природе зависимого поведения развивались параллельно с развитием культуры и до сих пор не могут считаться исчерпывающими. Исторически первой, вероятно, выступила *моральная модель*, объясняющая аддиктивное поведение как следствие бездуховности и морального несовершенства. Эта модель восходит к религиозным воззрениям, в соответствии с которыми пагубные привычки являются одним из проявлений греховности человека.

С этических позиций человек полностью несет ответственность за свое поведение. Например, алкоголики являются гедонистически настроенными индивидами, предавшимися своим страстям. Следовательно, чтобы справиться с дурной привычкой, нужно запретить себе пить и преодолеть слабую волю, образно выражаясь, «постараться вытянуть себя за волосы из болота». В настоящее время моральная модель если и имеет место, то скорее применяется к наркозависимым в основном из-за тесной связи между употреблением наркотиков и совершением правонарушений.

Другой концептуальной парадигмой аддиктивного поведения является *модель болезни*. Данная модель завоевала популярность среди специалистов и получила широкое общественное признание (например, в рамках программы «Двенадцать шагов»). В соответствии с рассматриваемой моделью зависимость представляет собой заболевание, требующее получения специальной помощи. При этом аддикт частично освобождается от ответственности за происхождение своей болезни. Например, как диабетик не может отвечать за свой диабет, так и алкоголик не должен нести ответственность за свой алкоголизм. Аддикты рассматриваются как люди с имманентной предрасположенностью к зависимости от экзогенных веществ. Поскольку зависимость признается трудноизлечимой, человек, страдающий ею, должен сопротивляться болезненному влечению всю жизнь. И именно за это он несет личную ответственность.

Относительно высокий эффект лечения в обществах анонимных алкоголиков (АА) привел к росту популярности модели болезни. Наркозависимые пытаются воспроизвести успех АА, создавая организации анонимных наркоманов (АН). Однако модель болезни и связанные с ней группы самоподдержки оказываются менее успешными в случае наркоманов. Как отмечает П. Кутер, это отчасти объясняется существенными различиями между алкоголическими личностями и людьми, употребляющими наркотики.

Другая, *симптоматическая модель*, предполагает изучение аддиктивного поведения как отдельных поведенческих «симптомов» или привычек. Например, курение может быть просто привычкой, не связанной ни с серьезными личностными проблемами, ни с болезненным расстройством. Такое поведение формируется по законам научения так же, как и любые другие (в том числе полезные) поведенческие стереотипы. Например, подросток может приобщиться к курению в значимой для него компании, получая одобрение сверстников и ощущение взрослости. Следовательно, медико-психологическое воздействие должно быть преимущественно направлено на конкретный симптом - привычку. Для этого важно выяснить: какую психологическую выгоду личность извлекает из данного поведения (чем оно самоподкрепляется); в каких условиях обычно происходит (что его подкрепляет); наконец, когда и почему оно не проявляется (каковы его ингибиторы). На основе полученной информации можно спланировать воздействие на нежелательное поведение, «наказывая» его всякий раз, когда оно проявляется, и, напротив, подкрепляя позитивное поведение. Например, если мы хотим бросить курить, мы можем: не хранить дома сигареты; постепенно сокращать количество выкуренных сигарет; поощрять себя при воздержании от курения; Делать что-то приятное «другое» каждый раз, когда хочется курить.

Рассмотренный принцип может быть реализован также с помощью использования лекарственных препаратов. Например, человеку, желающему расстаться с зависимостью, можно ввести препараты, вызывающие крайне неприятную реакцию (сердцебиение, удушье, панику) при употреблении алкоголя или наркотиков. В данном случае прежде желаемый объект начинает ассоциироваться со страхом или отвращением, и зависимое поведение может постепенно угасать. В других случаях используются лекарства, блокирующие («выключающие») рецепторы, воспринимающие наркотик. Под воздействием подобных веществ ожидаемое опьянение просто не наступает, тем самым зависимое поведение не подкрепляется, и употребление становится бессмысленным.

Симптоматическая модель выглядит достаточно убедительной. Она широко используется при коррекции различных форм аддиктивного поведения - самостоятельно или в рамках комплексной реабилитации.

Меньшее распространение получила *психоаналитическая модель* зависимого поведения. Вероятно, это связано с тем, что психоаналитическая терапия аддиктивных расстройств пока еще не имеет высокой эффективности. В то же время психодинамические механизмы формирования зависимого поведения признаются чрезвычайно важными для понимания его природы. В соответствии с психоаналитической моделью аддиктивное поведение является одним из проявлений нарушенной личностной динамики. Индивидуальная склонность к за-

зависимому поведению определяется в первые годы жизни. Далее оно вызывается и поддерживается как бессознательными мотивами, так и особенностями характера человека (например, оральным характером).

В рамках *системно-личностной модели* зависимое поведение рассматривается как дисфункциональное, связанное со сбоем в жизненно важных функциях и в системе значимых отношений личности. Например, повышение частоты употребления алкоголя может быть связано с неуспехом на работе, наркозависимое поведение подростка - служить цели удерживать родителей от развода; а переживание – сигнализировать о проблемах в интимно-личностной сфере.

Системно-личностная модель наиболее полно реализуется в рамках семейного консультирования и психотерапии. Также ему отдается приоритет в некоторых реабилитационных системах. Например, программа «Day-Top International» рассматривает девиантную личность как дезадаптированную, вырванную из контекста социальных связей. Целью программы является восстановление способности аддикта или делинквента жить в группе (обществе) через принятие им групповых правил и ответственности за свое поведение.

Перечисленные концептуальные модели зависимого поведения отражают его сложность и многообразие. Следует отметить, что на современном этапе развития науки приоритет отдается комплексной - биопсихосоциальной модели аддиктивного поведения, рассматривающей зависимость как следствие нарушений в функционировании сложной многоуровневой системы «социум - личность - организм». Это значит, что аддиктивное поведение должно одновременно рассматриваться в нескольких планах: культурологическом, социальном, правовом, психологическом, медико-биологическом.

Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения):

Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. [Электронный ресурс] / Е.В. Змарновская. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с.

- Режим доступа: <http://refdb.ru/look/1971883-p13.html>, свободный.

— Загл. с экрана.

3. Условия и причины возникновения зависимого поведения личности

Зависимое поведение признается многофакторным явлением. Современное состояние науки позволяет говорить о следующих условиях и причинах (факторах) аддиктивного поведения.

К внешне социальным факторам, способствующим формированию зависимого поведения, можно отнести технический прогресс в области пищевой промышленности или фармацевтической индустрии, выбрасывающих на рынок все новые и новые товары - потенциальные объекты зависимости. К этой же группе факторов относится деятельность наркоторговцев, активно вовлекающих молодежь в потребление химических веществ. Кроме того, по мере урбанизации мы наблюдаем, как ослабевают межличностные связи между людьми. Стремясь к независимости, человек утрачивает необходимые ему поддержку и ощущение безопасности. Вместо того чтобы искать удовлетворения в человеческих взаимоотношениях, мы все больше обращаемся к бездушным продуктам цивилизации.

Для некоторых социальных групп зависимое поведение является проявлением групповой динамики. Например, на фоне выраженной тенденции группирования подростков психоактивные вещества выступают в роли «пропуска» в подростковую субкультуру. В данном случае наркотики (в широком смысле) выполняют следующие жизненно важные для подростка функции:

- поддерживают ощущение взрослости и освобождения от родителей;
- формируют чувство принадлежности к группе, а также среду неформального общения;
- дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя

их на людей;

- помогают регулировать эмоциональное состояние;
- реализуют креативный потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами.

Субкультура может выступать в самых разнообразных формах: подростковая группа, неформальное объединение, сексуальное меньшинство или просто мужская компания. В любом случае ее влияние на личность, идентифицирующую себя «со своими», чрезвычайно велико. Очевидно, что в подростковом и юношеском возрасте влияние субкультуры максимально. Можно предположить, что это один из наиболее значимых социальных факторов зависящего поведения личности.

Как правило, ведущая роль в происхождении аддиктивного поведения приписывается семье. В ходе многочисленных исследований была выявлена связь между поведением родителей и последующим зависимым поведением детей. Работы М. Балинта, Д. Винникота, М. Кляйн, М. Маллер, Р. Спица, Б. Спока, А. Фрейд убедительно свидетельствуют о том, что развитию ребенка вредит неспособность матери понимать и удовлетворять его базовые потребности.

Ведущая роль в формировании зависимости, по мнению ряда авторов, принадлежит младенческой травме (в форме мучительных переживаний в первые два года жизни). Травма может быть связана с физической болезнью, с утратой матери или ее неспособностью удовлетворять потребности ребенка, с несовместимостью темпераментов матери и ребенка, чрезмерной врожденной возбудимостью малыша, наконец, с какими-то действиями родителей. Родители, как правило, не знают о своем психотравмирующем воздействии на младенца, когда, например, из лучших побуждений или по рекомендациям докторов стараются приучить его к жесткому режиму питания, запрещают себе «баловать» ребенка или даже упорно пытаются сломить его упрямый нрав. Переживая дистресс, в котором малыш не в состоянии помочь себе, он попросту засыпает. Однако, как отмечает Г. Кристал, повторение тяжелой травмирующей ситуации приводит к нарушению развития и переходу в состояние апатии и отстраненности. Позднее травму можно обнаружить по страху перед любыми аффектами, неспособности их переносить, ощущению «небезопасности» и ожиданию неприятностей. Эта особенность зависимых людей обозначается как низкая аффективная толерантность.

Такие люди не умеют заботиться о себе и нуждаются в ком-то (чем-то), кто помог бы им справиться со своими переживаниями. Вместе с тем они испытывают глубокое недоверие к людям. В этом случае неживой объект вполне может заменить человеческие отношения. Таким образом, люди, пережившие психические травмы в раннем детстве, имеют существенно больший риск стать зависимыми.

В целом семья может не дать ребенку необходимой любви и не научить его любить себя, что в свою очередь приведет к ощущению плохости, никчемности, бесполезности, отсутствию веры в себя. В соответствии с современными представлениями, люди с зависимым поведением испытывают серьезные трудности в поддержании самоуважения. Хорошо известно, например, что в состоянии опьянения человек чувствует себя гораздо раскованнее и увереннее, чем обычно. С другой стороны, для компаний алкоголиков весьма характерны беседы на актуальную тему: «Ты меня уважаешь?». Зависимость, таким образом, выступает своеобразным средством регуляции самооценки личности.

Серьезной проблемой семей зависимых личностей могут быть эмоциональные расстройства у самих родителей, которые, как правило, сопровождаются алекситимией - неспособностью родителей выражать в словах свои чувства (понимать их, обозначать и проговаривать). Ребенок не только «заражается» в семье негативными чувствами, он обучается у родителей замалчивать свои переживания, подавлять их и даже отрицать само их существование.

Отсутствие границ между поколениями, чрезвычайная психологическая зависимость

членов семьи друг от друга, гиперстимуляция – еще один негативный фактор. М. Маллер акцентировала внимание на важности для нормального развития ребенка процесса сепарации – постепенного отделения его от матери посредством ее уходов и возвращений, а также процессов индивидуализации ребенка. В семьях с нарушенными границами аддиктивное поведение может выступать одним из способов влияния на поведение других членов, при этом сама зависимость может давать ощущение независимости от семьи. Одним из доказательств этому является усиление зависимого поведения при усилении семейных проблем.

Семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения. Родственники сами могут иметь различные психологические проблемы, в силу чего они нередко провоцируют «срыв» аддикта, хотя и реально страдают от него. В случае же длительного сохранения аддиктивного поведения у кого-либо из членов семьи у родственников аддикта, в свою очередь, могут появляться серьезные проблемы и развиваться состояние созависимости. Имеются ввиду негативные изменения в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи.

В то же время наблюдения говорят о том, что в одной и той же семье дети могут демонстрировать различное поведение. Более того, даже в семьях, где родители страдают алкоголизмом, у ребенка не обязательно формируется зависимое поведение. Очевидно, что не менее важную роль играют индивидуальные особенности конкретной личности.

В рамках индивидуальных различий прежде всего следует отметить половую избирательность зависимого поведения. Например, пищевая аддикция более характерна для женщин, в то время как гэмблинг чаще встречается у представителей мужского пола. В ряде случаев можно говорить также о действии возрастного фактора. Так, если наркоманией страдают преимущественно лица от 14 до 25 лет, то алкоголизм в целом характерен для более старшего возраста.

Психофизиологические особенности человека, очевидно, выступают в роли фактора, определяющего индивидуальное своеобразие аддиктивного поведения. Они могут существенно влиять на выбор объекта зависимости, на темпы ее формирования, степень выраженности и возможность преодоления.

Предметом многочисленных дискуссий является вопрос о существовании наследственной предрасположенности к некоторым формам зависимости. Наиболее распространена точка зрения, что дети алкоголиков с большой вероятностью наследуют эту проблему. Однако гипотеза наследственной предрасположенности к зависимому поведению не объясняет ряд фактов. Например, современные подростки употребляют наркотики независимо от склонности их родителей употреблять алкоголь. Зависимое поведение может формироваться в любой семье. На его формирование влияет множество семейных факторов. В связи с этим целесообразно говорить не о наследственной, а о семейной предрасположенности к зависимому поведению.

Косвенно склонность к зависимому поведению может определяться типологическими особенностями нервной системы. Можно предположить, что такие врожденные свойства, как приспособляемость к новым ситуациям, качество настроения, чувствительность, контактность, при прочих неблагоприятных условиях влияют на формирование аддиктивного поведения.

Существует определенная зависимость между типами характера и некоторыми видами зависимого поведения. Так, пьянство и употребление наркотиков [7] чаще встречаются при эксплозивной и неустойчивой акцентуации характера, достаточно часто – при эпилептоидной и гипертимной.

Зависимое поведение также может рассматриваться как следствие обсессивного или компульсивного характеров. Базовый конфликт обсессивно-компульсивных личностей, по мнению Н. Мак-Вильямса, – это гнев, борющийся со страхом быть осужденным. Личность стремится освободиться от бессознательного чувства вины и осознаваемого стыда вследст-

вие несоответствия собственным стандартам. Вместо того чтобы признавать и выражать данные аффекты, человек или выстраивает защитные мыслительные конструкции (обсессивность), либо старается освободиться от тревоги в действии (компульсивность). Обсессивность вполне может принимать участие в суицидальном поведении. Компульсивность же, как стереотипное повторение какого-либо действия (даже вопреки желанию личности), непосредственно связана с различными формами аддиктивного поведения. Н.Мак-Вильямс называет пьянство, переедание, употребление наркотиков, пристрастие к азартным играм, покупкам или сексуальным приключениям разновидностями сугубо вредоносного компульсивного поведения. Отличительной особенностью компульсивного характера будет не деструктивность, а склонность к чрезмерной вовлеченности.

Ряд исследований посвящен изучению связи между невротическим развитием личности и ее аддиктивным поведением. Например, пищевые и сексуальные аддикции настолько часто сочетаются с невротическими симптомами, что некоторые авторы рассматривают их как психосоматические или невротические расстройства.

Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности, может выступать стрессоустойчивость. В последние годы за рубежом и в России развивается взгляд на аддиктивное поведение, как на следствие сниженной способности личности справляться со стрессом. Предполагается, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции – механизмов совладения со стрессом. Исследования свидетельствуют о различиях в копинг-поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание, изоляция.

Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя – эти и другие сущностные характеристики человека, вернее их деформации, несомненно, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению.

Говоря о факторах зависимого поведения, следует еще раз подчеркнуть, что в его основе лежат естественные потребности человека. Склонность к зависимости в целом является универсальной особенностью человека. При определенных условиях, однако, некоторые нейтральные объекты превращаются в жизненно важные для личности, а потребность в них усиливается до неконтролируемой.

Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения):

Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. [Электронный ресурс] / Е.В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.

– Режим доступа: <http://refdb.ru/look/1971883-p13.html>, свободный.

– Загл. с экрана.

Виды зависимого (аддиктивного) поведения

1. Химическая зависимость.
2. Нехимические аддикции.
3. Промежуточные формы аддикций.

1. Химическая зависимость

Химические аддикции связаны с использованием в качестве аддиктивных агентов различных веществ, изменяющих состояние. Эти вещества называются психоактивными.

Психоактивные вещества (ПАВ) – это препараты, способные при введении в организм изменять восприятие окружающего мира, настроение, процесс познания, поведение и двигательные функции.

Психоактивные вещества можно отнести к одной из двух категорий: вещества, используемые в медицине, но употребляемые вне медицинских показаний и вещества, не имеющие применения в медицине.

Кроме того, все ПАВ можно отнести к одной из двух категорий: токсические средства и наркотические вещества.

Токсикоманические (ненаркотические) средства – это некоторые лекарственные препараты, а также некоторые вещества, содержащие ароматические углеводороды, которые не относятся по законодательству к наркотическим и имеются в свободной продаже (лекарственные препараты, не отнесенные к наркотическим, предметы бытовой химии – лаки, краски, клей, бензин, ацетон и др.).

Наркотические вещества - это химические соединения немедицинского применения, имеющие растительное или синтетическое происхождение, которые изменяют психическое состояние человека, при длительном употреблении способные вызывать психическую, а затем и физическую зависимость, включенные в Перечень наркотических средств, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с ее законодательством.

Вещество считается наркотическим только при обязательном выполнении трех критериев: медицинском, социальном и юридическом. О *медицинском критерии* наркотиков говорят в том случае, если это средство оказывает специфическое действие на ЦНС (эйфоризирующее, стимулирующее и т.п.), которое служит причиной его применения в *немедицинских целях*. О *социальном критерии* говорят в том случае, если немедицинское применение этого вещества принимает такие масштабы, что приобретает *социальную значимость*. *Юридический критерий* возникает тогда, когда, из двух предыдущих критериев специальная инстанция, уполномоченная на это (в нашей стране это министр здравоохранения и медицинской промышленности), признает данное средство наркотическим и включает его в *официальный список наркотических средств*.

Таким образом, при практически одинаковом по вредности влиянию на организм человека, наркотические и токсикоманические (токсические) вещества различаются тем, что наркотики официально признаны именно наркотическими веществами, а токсикоманические средства – наркотиками не признаны.

Алкоголь и никотин в нашей стране сейчас тоже принято считать токсикоманическими средствами.

Предметом злоупотребления становятся, как правило, не все психоактивные вещества, а только те из них, которые вызывают приятные или необычные психические переживания, т.е. способны вызывать *эйфорию*. Причем характер эйфории («кайфа») зависит от вида психоактивного вещества.

Эйфория (от гр.*euphoria* – хорошо переношу) – *неоправданное реальной действительностью благодушное, повышено-радостное настроение*.

Многие из этих веществ токсичны и вызывают органические поражения. Вещества, изменяющие психическое состояние, при повторных приемах могут приводить к развитию аддиктивного процесса. Аддиктивный процесс, вызванный психоактивными веществами, характеризуется развитием зависимости.

Психоактивные вещества способны вызывать привыкание у человека, как физическое, так и психическое. В процессе развития идут химические изменения в головном мозге человека. Вещества, которые отвечают за настроение, попадают в дисбаланс. Поэтому зависимый человек не может прекратить употребление, это становится крайне сложной задачей.

Несмотря на некоторые различия в клинических проявлениях отдельных форм химической зависимости, последние имеют общие социально-психологические признаки. В основе данной аддикции лежит потребность продолжать прием ПАВ с целью достижения чувства комфорта или устранения неприятных ощущений (например, абстинентного синдрома). Влечение к ПАВ носит чрезвычайно сильный характер.

Психодинамические исследования раскрывают глубокие бессознательные мотивы употребления химических веществ. Ведущим побудительным мотивом к систематическому

употреблению может являться стремление избежать напряжения и боли. В этом случае любое напряжение воспринимается как предвестник явной угрозы существованию, аналогично недифференцированному младенческому ощущению голода. Следовательно, ПАВ используются прежде всего как средство самолечения. Большинство исследователей отмечают связь между личностным депрессивным расстройством и развитием химической аддикции.

Психоактивные вещества действительно имеют выраженное фармакологическое действие и способны на короткое время изменить психоэмоциональное состояние. Так, психостимуляторы (амфетамин, кокаин) ослабляют депрессию и гиперактивность; анальгетики-опиаты (героин, морфий, метадон) купируют ярость и депрессию, снижают чувство стыда и вины; галлюциногены помогают преодолеть депрессию и чувство пустоты. В целом ПАВ удовлетворяют потребность в стабильности, нейтрализуют карающее супер-Эго, дают идеализированный объект. Х. Когут замечал, что ПАВ наркотик служат замещением дефекта в психологической структуре личности.

Психоактивные вещества, с одной стороны, создают иллюзию преодоления беспомощности и повышения самоконтроля, а с другой стороны – приводят к утрате контроля над собой и своей жизнью.

Другое очевидное личностное нарушение, связанное со злоупотреблением ПАВ – это нарушение способности заботиться о себе. Оно проявляется в «наплевательском» отношении к себе, в игнорировании смертельно опасных последствий употребления алкоголя или наркотиков и в конечном итоге в мощной саморазрушительной тенденции. Например, большинство героиновых наркоманов знают статистическую информацию, что средняя продолжительность жизни употребляющего героин – 7 лет, что его неизменные спутники – СПИД, гепатит или передозировка, что героин – это неизбежная скорая смерть, а его употребление – вариант самоубийства. Однако знание столь трагических последствий плохо помогает, и даже смерть от наркотиков близких друзей не всегда может остановить наркомана от последующего употребления.

Возникшая в современном российском обществе тенденция к увеличению химических аддикций приобретает характер эпидемии. Это явление напрямую связано со злоупотреблением различными веществами прежде всего лицами молодого возраста, детьми и подростками. Основной мотивацией употребления веществ является стремление к изменению своего психического состояния

2. Нехимические аддикции

Нехимические зависимости – это зависимость от какого-то поведенческого шаблона без использования ПАВ.

К основным видам нехимических аддикций относят: гемблинг, работоголизм, интернет-аддикцию, ониоманию.

Гемблинг. В 1980 г. Американская психиатрическая ассоциация ввела термин «лудоман» (от латинского *ludus* – игра) для обозначения лиц, страдающих патологической игровой зависимостью.

Соответственно, **лудомания** (от лат. *ludus* – игра и греч. *mania* – страсть, одержимость) – это психиатрический термин, означающий патологическую страсть к азартным играм.

Синонимы этого слова – гэмблинг (англ. *gambling* – азартная игра) и игромания.

Гемблинг – постоянное участие в азартных играх, ставящее под угрозу профессиональную и личную жизнь человека. Понятие вошло в обиход в 60-е годы прошлого века в Соединенных Штатах Америки, когда игровые автоматы стали устанавливать там повсеместно. Тогда же на Западе психологи и социологи заговорили об опасности гемблинга. Известный философ Джон Белл провел специальное исследование, в котором рассчитал, что если игромания охватывает больше 10 % взрослых и 25 % подростков, то под угрозой оказываются психическое здоровье нации и национальная безопасность страны.

Гемблинг – это одна из эмоциональных зависимостей. Деньги как цель игры («играю, чтобы выиграть») не имеют никакого отношения к зависимости. Психологи видят в поведении игрока способ решения эмоциональных проблем. Поэтому лудомания считается наиболее опасным для материального благополучия человека и его семьи видом зависимого поведения и наиболее выгодным для того, кто дает человеку возможность «поиграть».

Нередко жертвой такой зависимости становятся люди, которые имеют весьма скромные денежные запасы. Основной доход игорный бизнес получает от мелких игроков, ставящих мизерные ставки, но зато посещающих заведение ежедневно. Вообще причина такой зависимости — не в избытке денег, а в особенностях личности, воспитания, окружения, в имеющихся неадекватных способах ухода от стресса, лишения проблем. Главная же причина такой зависимости – эмоциональная пустота, бесцельность жизни, от которой, кстати, азартное поведение не защищает, а только дает временную «замутненность разума».

Любая форма игры, где присутствует призрачная возможность огромного выигрыша – будь то рулетка, тотализатор, игровые автоматы или лотереи – может стать отправной точкой для формирования гемблинга. Иногда для появления стойкой зависимости достаточно поиграть всего несколько часов подряд. Национальная ассоциация США по проблемам азартных игр отмечает, что любой житель планеты может стать игроманом с вероятностью 48 %. Для сравнения: вероятность стать алкоголиком оценивается в 34 %, а уголовным преступником – в 6 %. Патология зависит не от того, сколько времени и денег потрачено на игру, а от того, что человека даже после большого проигрыша все равно тянет играть. Западная статистика считает, что в городах с развитой игровой инфраструктурой лудоманией страдают до полутора процентов населения.

Такая зависимость есть у тех, кто не может остановиться, даже проигрывая. Игрок продолжает играть. У него нет сил остановиться, он проигрывает то небольшое, что имеет. Зависимому человеку логика не доступна. Он возвращается и возвращается в казино. Если же в казино его не пускают, у него возникает напряжение, подавленность. Ничего не может вернуть его к хорошему настроению как новая игра. Это и есть зависимость.

Психологи выделяют 4 основные стадии гемблинга – выигрыш, проигрыш, безрассудство и безнадежность, которой все заканчивается. Гемблинг напрямую влияет на рост числа самоубийств. Одной из причин трагической смерти артиста Раднэра Муратова (Василия Алибабаевича из «Джентльменов удачи») стало болезненное пристрастие актера к азартным играм.

Существуют *признаки сформировавшейся игровой зависимости*, того когда азарт становится болезнью, которые, как правило, видны только близким, а самим человеком не замечаются. Зависимость от азартного поведения определяется несколькими факторами:

1. Частотой участия в игре. Человек играет в азартную игру не только с целью выигрыша, но и для того, чтобы получить удовольствие от самого процесса игры. Приятное возбуждающее чувство начинается с предвкушения предстоящего участия в игре и нарастает по мере приближения места и времени её проведения.
2. Увеличением количества времени, проводимого в игре, получением удовольствия даже от наблюдения за тем, как играют другие.
3. Затрачиваем на игру всё большего количества денег. Игра продолжается до тех пор, пока не кончатся деньги. Остается лишь минимальная сумма на дорогу домой.
4. Появлением особого вида беспокойства, который переходит в раздражительность при невозможности участия в игре. Фиксируются даже гормональные изменения (как при синдроме отнятия при химической зависимости).
5. Сосредоточенность всей психической деятельности только на игре.
6. Стремление больше работать (в случае появления финансовых проблем), чтобы иметь возможность играть.
7. Появление потери контроля с невозможностью остановиться, включившись в игру.

8. Периодическое возникновение попыток контролировать процесс в связи с появлением чувства, что что-то происходит не так. Люди зарекаются прекратить играть с определенного периода. Если это удастся, то ценой больших усилий. Однако вскоре возникает рецидив, и игра возобновляется, обычно с большим риском.

9. Участие в азартных играх начинает мешать профессиональной активности, нарушаются социальные контакты, поскольку ничего, кроме игры уже не интересует.

10. Увеличиваются суммы долга, человек продолжает искать счастье в игре.

11. Большой выигрыш, если он случается, не останавливает человека, он вновь возвращается к игре, хотя все финансовые проблемы, казалось бы, решены.

Выделяют (финский исследователь Kaunisto) три типа азартных игроков:

1) охотники за счастьем. Здесь преобладают молодые мужчины от 18 до 25 лет с выраженной ориентацией на потребление. Их цель – разбогатеть за счет крупного выигрыша;

2) отчаянные. Это мужчины в возрасте 30-35 лет со сложностями в семье, уходящими конями в детство. К жене они относятся как к матери и в игре видят способ освободиться от домашнего гнёта;

3) потерявшие надежду мужчины зрелого возраста. У них в жизни было много неприятностей, они не удовлетворены жизнью.

Игра прочно занимает центральное место в жизни игроков. Доказано, что продолжительность их жизни гораздо меньше, чем у тех, у кого нет игровой зависимости, в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, истощением нервной системы, язвенной болезнью, кожными заболеваниями. У них понижен уровень серотонина (гормона радости). Поэтому они и не могут прекратить игру.

В кругу пострадавших от действий одного лудомана 15–17 человек. Обман и невозврат долгов — самые невинные средства из арсенала зависимого человека. Большинство лудоманов — мужчины, их в два раза больше женщин, они попадают в зависимость от игры в более молодом возрасте. Если самый опасный возраст для мужчин — 20 лет, то для женщин опасен тридцатилетний рубеж. Но зато женщины, натуры эмоциональные, зажигаются словно спички, и сгорают всего за год (против шести в среднем у мужчин).

Психосоциальная аддиктология.

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 - 251с

Работоголизм

Работоголизм (трудооголизм) – вид аддикции, который проявляется в чрезмерной увлеченностью индивида своей трудовой, производственной деятельностью, когда он всецело отдается ей, пренебрегая другими сторонами своей жизни.

Термин «работоголизм» был предложен в 1971 г. американским пастором и профессором психологии религии Уэйном Оутсом в книге «Исповеди работоголика», где он описывал насильственное влечение к работе и анализировал причины этого феномена.

Как и всякая аддикция, работоголизм – это бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, в данном случае достигающегося фиксацией на работе. Причём работа не представляет собой того, чем она бывает в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа – отнюдь не одна из составных частей его жизни: она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко, 1993). В нашем обществе культурально работоголизм в значительно большей степени распространён среди мужчин, хотя процессы эмансипации затрагивают и эту респектабельную аддикцию. Значительное число так называемых бизнес-леди могут быть отнесены к категории работоголиков.

Чем отличается трудолюбивый человек от трудоголика? Трудолюбивый человек имеет перед собой цель, ему важен результат своего труда, для него профессиональная деятельность — всего лишь часть жизни, способ самовыражения и средство самообеспечения и соз-

дания материальных благ. Для трудоголика все наоборот: результат работы не имеет смысла, работа — это способ заполнения времени, такой человек нацелен на производственный процесс. Семейные отношения, сама семья трудоголиком воспринимаются как помехи, отвлекающие от работы и вызывающие раздражение и досаду.

Одна из важных особенностей работоголизма — компульсивное (навязчивое) стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвинённым в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в психологическом состоянии чувства тревоги, не покидающее работоголика ни во время работы, ни в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. Работоголик становится настолько фиксированным на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний (Ц.П. Короленко, 1993). Вместе с тем исследование числа разводов среди австралийских психологов с признаками работоголизма и без них, проведённое Р. Бурке с коллегами (Burke et al., 2003), не обнаружило каких-либо значимых различий.

G. Porter (1996) выделяет такие свойства работоголика, характерные для любого аддикта, как ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующую вовлеченность и отсутствие критики.

Работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, затрагивающими, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. Развитие процесса сочетается с прогрессивным (прогрессирующим) нарастанием эмоциональной опустошённости, нарушается способность к эмпатии. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие больших энергетических затрат. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, где требуется активное участие, сторонится обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, не получающих от него обратного эмоционального тепла. Он предпочитает общаться с неодушевлёнными предметами (реже с животными), а не с людьми, т. к. это не требует решения насущных межличностных проблем (Короленко, 1993).

Вместе с тем аддикт убеждает себя и окружающих в том, что он работает ради денег или другой абстрактной цели. Такая защита принимается обществом. Человек не понимает, что такой способ «траты» себя — тупиковый, он не реализует собственные потенциальные возможности. Вне работы (болезнь, увольнение и т. д.) работогольная аддикция легко сменяется другой, чаще химической.

О. Веснина (2004) предложила свою классификацию трудоголиков в плане дальнейшего прогноза и коррекции их аддикции, которая, несмотря на свой очевидный научно-популярный стиль, в какой-то степени отражает различия среди аддиктов:

«Трудоголик для других» — это тот, кто очень много работает и очень доволен этим. Мама и друзья, а затем жена и дети (если он их сумеет завести) могут быть очень недовольны, но поделать с этим ничего не могут. Помочь «трудоголику для других» невозможно. Это все равно, что лечить наркомана, который не хочет лечиться.

«Трудоголик для себя» — это тот, кто очень много работает, но испытывает по этому поводу противоречивые чувства. «Трудоголик для себя» не безнадёжен. Не всякий, кто очень много работает, — трудоголик. Если другие области жизни такого работника — семья, досуг, друзья — не страдают, это значит, что он любит не только работу, но и все остальное.

«Успешный трудоголик» — это тот, кто благодаря своей работе добивается больших профессиональных/карьерных успехов.

«Трудоголик-неудачник» — это тот, кто рьяно занимается бесполезной деятельностью, которая никому не нужна. Он имитирует работу, заполняя пустоту в своей жизни.

«Скрытый трудоголик» — это тот, кто на людях сетует, как он не любит работать, а на самом деле все свои силы и любовь отдаёт работе. Одна «нога» трудоголика «растёт» из

страха перед близкими и глубиной (не структурированной работой) эмоциональных отношений с людьми, страха внутренней пустоты, которую надо заполнить. Другая «нога растёт» из стремления к превосходству над всеми и совершенству (в детстве от трудоголика всегда что-то требовали и никогда не любили его таким, каким он был).

Р. Бурке (Burke, 2004), используя тест на работоголизм Спенса и Роббинса, выделил три группы работоголиков:

- аддиктов работы (Work Addicts);
- энтузиастов работы (Work Enthusiasts);
- увлеченных аддиктов (Enthusiastic Addicts).

Самые низкие показатели самооценки оказались у аддиктов работы.

Работоголизм связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых работают работоголики. Такая организация представляет собой закрытую систему, ограничивающую способность своих сотрудников к самостоятельному мышлению и восприятию многих явлений, выходящих за рамки концепции этой системы. В советские времена это выражалось в сверхценном отношении к количественным показателям работы, в бесконечных «выполнениях и перевыполнениях плана, встречных планах», в фиксации внимания на формальной стороне работы — разного вида отчётах, рапортах, показателях. Иными словами — в стремлении произвести благоприятное внешнее впечатление. Аддиктивной системе присущи признаки отдельного человека-аддикта (Короленко, Дмитриева, 2000).

Развитию работоголизма способствует также система мелочного контроля, постоянных проверок эффективности, качества и т. д. Такого рода подходы основаны на недоверии к человеку, неуважении его личности и способствуют формированию работогольного мышления со сниженными возможностями истинной самореализации.

Работоголик оказывает влияние на других членов семьи, не получающих от него эмоциональной поддержки. Члены семьи либо видят в нем пример, либо не принимают и идут по пути более деструктивных аддикций. Дети работоголиков часто злоупотребляют ПАВ.

Вместе с тем следует учитывать, что работоголизм может стать «спасительной» аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Егоров, 2004; Hatcher, 1989).

<http://www.psi-test.ru/pub/trudogoliki.html>

Егоров А. Ю. Работоголизм (трудоголизм)

// Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007.

Интернет-аддикция. В настоящее время интенсивно обсуждается и исследуется феномен (заболевание /синдром) «(нарко)зависимости от Интернета», или интернет-аддикции.

В самом общем виде Интернет-зависимость (*Internet addiction*) определяется как «нехимическая зависимость от пользования Интернетом» (Griffits, 1996). Поведенчески интернет-зависимость проявляется в том, что люди настолько предпочитают жизнь в Интернете, что фактически начинают отказываться от своей «реальной» жизни, проводя до 18 часов в день в виртуальной реальности. Другое определение интернет-зависимости — это «навязчивое желание войти в Интернет, находясь off-line, и неспособность выйти из Интернета, будучи on-line».

В 1998-1999 гг. опубликованы первые монографии по данной проблеме (К. Янг, Д. Гринфилд, К. Сурратт). Кимберли Янг приводит 4 симптома интернет-аддикции:

- навязчивое желание проверить e-mail;
- постоянное ожидание следующего выхода в Интернете;
- жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернет;

- жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

Часто интернет-аддикция понимается гораздо шире. К ней относят зависимость от компьютера, т.е. пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности); «информационную перегрузку», т.е. компульсивную (от англ.: compulsive - непреодолимый) навигацию по WWW, поиск в удаленных базах данных; компульсивное применение интернета, т.е. патологическую привязанность к азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам в Интернете; зависимость от «кибер-отношений», т.е. от социальных применений Интернета - общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными; зависимость от «киберсекса», т.е. от порнографических сайтов в Интернете, от обсуждения сексуальной тематики в чатах и на специальных телеконференциях «для взрослых».

Исследователи отмечают, что большая часть интернет-зависимых (91 %) пользуется сервисами Интернета, связанными с общением. Другую часть зависимых привлекают информационные сервисы сети.

Интернет-аддикция может возникать как зависимость от самых различных форм использования интернета, по своим проявлениям она схожа с уже известными формами аддиктивного поведения (например, в результате употребления алкоголя или наркотиков). По данным различных исследований, интернет-зависимыми сегодня являются около 10% пользователей.

Отмечаются особенности интернет-аддикции – это не химическая зависимость, приводящая к разрушению организма, по воздействию на организм она ближе к зависимости от азартных игр и т.п. Отмечается, что если для формирования традиционных видов зависимости требуются годы, то для интернет-зависимости этот срок резко сокращается.

Большая часть интернет-зависимых «сидит» в Сети ради общения. Интернет-зависимость становится возможной благодаря отличиям реального общения от виртуального. Главенствующим фактором, благодаря которому явление получило широкое распространение, является анонимность личности в сети.

Таким образом, Интернет является привлекательным в качестве средства ухода от реальности за счет возможности анонимных социальных интеракций. Во-первых, особое значение здесь имеет чувство безопасности и сознание своей анонимности при осуществлении интеракций, включая пользование электронной почтой, чатами, ICQ. Во-вторых, это возможность для реализации каких-то представлений, фантазий с обратной связью. И последний пункт – это неограниченный доступ к информации – информационный вампиризм.

Как правило, те, кто становятся интернет-зависимыми, меняют свою личность. Это уже не та гармоничная личность, которой она, возможно, была вначале, а личность уже аддиктивная. Во-первых, для аддиктов характерна смена аддитивной реализации. Сегодня он – интернет-зависимый, завтра – любовный аддикт, послезавтра – патологический игрок, а немного спустя он уходит в наркотики или алкоголизм. То есть это не исключено.

В обществе формируется целый класс людей-фанатов компьютерных игр. Общение с этими людьми показывает, что многим из них увлечение компьютером отнюдь не идет на пользу, а некоторые серьезно нуждаются в психологической помощи. Большинство из них - люди с известными психологическими проблемами: не сложившаяся личная жизнь, неудовлетворенность собой и, как следствие, потеря смысла жизни и нормальных человеческих ценностей. Единственной ценностью для них является компьютер и все, что с этим связано.

Существуют стадии формирования психологической зависимости от компьютерных игр. Выделяются четыре стадии развития психологической зависимости от компьютерных игр.

Стадия легкой увлеченности. После того, как человек один или несколько раз поиграл в ролевую компьютерную игру, он начинает «чувствовать вкус», ему начинает нравиться

компьютерная графика, звук, сам факт имитации реальной жизни или каких-то фантастических сюжетов. Кто-то всю жизнь мечтал пострелять из ручного пулемета, кто-то - посидеть за рулем Ferrari или за штурвалом боевого истребителя. Компьютер позволяет человеку с довольно большой приближенностью к реальности осуществить эти мечты. Начинает реализовываться неосознаваемая потребность в принятии роли. Человек, очутившись за компьютером, начинает играть уже не случайным образом, стремление к игровой деятельности принимает некоторую целенаправленность. Но устойчивая, постоянная потребность в игре на этой стадии не сформирована, игра не является значимой ценностью для человека.

Стадия увлеченности. Фактором, свидетельствующим о переходе человека на эту стадию формирования зависимости, является появление в иерархии потребностей новой потребности - игры в компьютерные игры. На самом деле новая потребность лишь обобщенно обозначается нами как потребность в компьютерной игре. И структура ее гораздо более сложная, а истинная природа зависит от индивидуально-психологических особенностей самой личности. Иными словами, стремление к игре - это, скорее, мотивация, детерминированная потребностями бегства от реальности и принятия роли.

Игра в компьютерные игры на этом этапе принимает систематический характер. Если человек не имеет постоянного доступа к компьютеру, т.е. удовлетворение потребности фрустрируется, возможны достаточно активные действия по устранению фрустрирующих обстоятельств.

Стадия зависимости. По данным Шпанхеля, всего 10-14% игроков являются «заядлыми», т.е. предположительно находятся на стадии психологической зависимости от компьютерных игр. Эта стадия характеризуется не только сдвигом потребности в игре на нижний уровень пирамиды потребностей, но и другими, не менее серьезными изменениями - в ценностно-смысловой сфере личности.

Нарушается основная функция психики, которая начинает отражать не воздействие объективного мира, а виртуальную реальность. Эти люди часто подолгу играют в одиночку, потребность в игре находится у них на одном уровне с базовыми физиологическими потребностями. Для них компьютерная игра - это своего рода наркотик. Если в течение какого-то времени они не «принимают дозу», то начинают чувствовать неудовлетворенность, испытывают отрицательные эмоции, впадают в депрессию. Это клинический случай, психопатология или образ жизни, ведущий к патологии.

Стадия привязанности. Эта стадия характеризуется угасанием игровой активности человека, сдвигом психологического содержания личности в целом в сторону нормы. Отношения человека с компьютером на этой стадии можно сравнить с не плотно, но крепко пришитой пуговицей, т.е. человек «держит дистанцию» с компьютером, однако полностью оторваться от психологической привязанности к компьютерным играм не может. Это — самая длительная из всех стадий, она может длиться всю жизнь, в зависимости от скорости угасания привязанности. Но если человек проходит все три стадии развития психологической зависимости от компьютерных игр, то на этой стадии он будет находиться длительное время.

Механизм формирования психологической зависимости от ролевых компьютерных игр основан на частично неосознаваемых стремлениях, потребностях: уход от реальности и принятие роли.

Уход от реальности. Основой этого механизма является потребность человека в «отстранении» от повседневных хлопот и проблем, своеобразная трансформация потребности в сохранении энергии. Мы не случайно употребляем термин «уход от реальности», а не «уход от социума», о котором упоминают некоторые авторы работ по сходной тематике. Дело в том, что мы имеем в виду не просто среду, общество, социум, а объективную реальность в целом. Уйти от социума можно посредством самых разнообразных способов, включая неролевые компьютерные игры. Однако уйти от реальности можно, только лишь «погрузившись» в другую реальность - виртуальную.

Психологические аспекты механизма основаны на естественном стремлении человека

избавиться от разного рода проблем и неприятностей, связанных с повседневной жизнью. Ролевая компьютерная игра - это простой и доступный способ моделирования другого мира или таких жизненных ситуаций, в которых человек никогда не был и не будет в реальности. Это - простой способ пожить в другой жизни, где нет проблем, нет работы, на которую нужно ходить каждый день, нет хлопот по зарабатыванию денег на жизнь и т.д. Люди обычно злоупотребляют этим способом ухода от реальности, теряют чувство меры, играя длительное время. Вследствие этого возникает опасность не временного, а полного отрешения от реальности, образование очень сильной психологической зависимости от компьютера.

Принятие роли. В основе лежит потребность в игре как таковой, которая свойственна человеку, а также стремление к принятию роли компьютерного персонажа, которая позволяет человеку удовлетворять потребности, по каким-то причинам не способные удовлетвориться в реальной жизни.

Сам механизм образования зависимости основан на вытекающей из этого потребности в принятии роли. После того, как человек один или несколько раз поиграл в компьютерную игру, он понимает, что его компьютерный герой, сам виртуальный мир позволяют удовлетворять те потребности, которые не удовлетворены в реальной жизни. Игра превращается в средство компенсации жизненных проблем, личность начинает реализовываться в игровом мире, а не в реальном. Безусловно, это влечет ряд серьезных проблем в развитии личности, в формировании самосознания и самооценки, а также высших сфер структуры личности.

<http://psyera.ru/internet-addikciya-366.htm>

Усова Е.Б. Психология девиантного поведения. Мн., 2010

Ониомания (аддикция к трате денег). Одна из форм нехимической зависимости.

Ониомания (от др.-греч. *ὄνειδος* - продажа и *μανία* - безумие) – непреодолимое желание что-либо покупать без необходимости, ради получения удовольствия от самого процесса покупки.

Слово ониомания, в качестве медицинского термина, впервые было предложено в Европе в конце XIX века немецким психиатром **Эмилем Крепелином**, который совместно со швейцарским психиатром **Эйгеном Блейлером** идентифицировал первые признаки этого психологического заболевания.

Аддикция к трате денег проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое должно быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом для аддиктов характерен широкий спектр негативных эмоций, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки. У этой категории аддиктов растут долги, возникают трудности во взаимоотношениях с семьей, бывают проблемы с законом. Иногда аддикция реализуется через интернет-покупки, которые совершаются не в супермаркетах, а в виртуальных магазинах.

Хотя неконтролируемое влечение совершать покупки упоминалось в конце XIX в., на современном этапе научный интерес к этой проблеме возник относительно недавно. Р. Фабер (Faber, 1992) предложил шкалу из семи пунктов для выявления данной аддикции. Аддикция к трате денег была описана и типизирована также в соответствии с диагностическими критериями DSM-III-R для обсессивно-компульсивного и аддиктивного расстройств в 1990-х гг. (McElroy et al., 1994, 1995). Авторы предложили четыре ее критерия, причем для диагностики достаточно наличия одного из них

1) часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные;

2) регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось;

3) озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особен-

ности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (к примеру, долги или банкротство);

4) чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

Р. Фабер (Faber, 1992; цит. по ик Lejoyeux et
ции страдают 1,1 % населения, средний возраст людей с этой зависимостью составляет 39 лет. Аддикция к трате денег начинается обычно в возрасте 30 лет, ею страдают преимущественно женщины (92% из всех аддиктов). Считается, что аддикция к покупкам начинается в более молодые годы

Блэк (Black, 1996) приводит данные, что эта аддикция встречается у 2-8 % в общей популяции, из которых женщины составляют 80-95 %.

По данным исследований, шопоголизму подвержены примерно 10-12 процентов европейцев, из них 90 процентов – женщины. Проблема начинает зарождаться в юном возрасте – около 16-17 лет, а в острую фазу переходит примерно к тридцати годам.

3. Промежуточные формы аддикций

Промежуточным звеном между нехимическими и химическими аддикциями являются аддикции к еде, имеющие две формы – переедание и голодание. Первая форма более распространена. Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от неустраивающей его субъективной реальности. В момент раздражения, неудовлетворённости, неудачи и скуки возникает стремление «заесть» неприятность, используя для этого процесс еды. И это часто удаётся сделать, так как во время приёма пищи происходит фиксация на приятных вкусовых ощущениях и вытеснение в подсознание материала, имеющего психологически неприятное содержание. При этом возможно появление стремления затянуть процесс еды во времени, посредством медленного употребления пищи, либо использованием большего количества еды. Такой уход от реальности может оказаться достаточно эффективным способом контроля своего настроения, провоцируя, таким образом, быстрое формирование зависимости.

Пища является самым доступным объектом злоупотребления. Аддикция к еде – особый вид зависимости. С одной стороны – это психологическая зависимость, а с другой – происходит «игра» на удовлетворении голода. По мере того, как еда начинает использоваться уже не как средство утоления голода, а как средство психологического ухода от проблем, происходит определённое влияние на драйв удовлетворения голода с искусственным его стимулированием. Этот процесс носит психофизиологический характер, потому, что переедающий человек входит в зону другого обменного баланса. Постоянная «эксплуатация» драйва удовлетворения голода приводит к тому, что механизмы, участвующие в его активации, начинают «включаться» тогда, когда это не нужно организму, когда человек не голодает и, более того, когда пища ему вредит. Драйв удовлетворения голода начинает активизироваться сразу же при снижении содержания глюкозы в крови, наступающем после очередного приёма пищи.

Психосоциальная аддиктология.

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 - 251с.

В целом пищевые аддикции не представляют серьезной опасности для личности или общества. В то же время такие крайние варианты пищевой зависимости, как невротическая анорексия (с греч. «отсутствие желания есть») и невротическая булимия (с греч. «волчий голод») представляют чрезвычайно серьезные и труднопреодолимые проблемы.

Название «невротическая анорексия» может вводить в заблуждение, поскольку оно наталкивает на мысль, что центральной проблемой в данном случае является потеря аппетита. Фактически, проблема связана с фанатическим стремлением к стройности и подавляющим

страхом стать толстой. Поведение при нервной анорексии может выглядеть как отказ от еды или резкие ограничения в питании. Например, дневной рацион девушки может состоять из половинки яблока, половинки йогурта и двух кусочков печенья. Это также может сопровождаться вызыванием рвоты, приемом слабительного, чрезмерной физической активностью, употреблением средств, ослабляющих аппетит, или слабительных препаратов. При этом неуклонно наблюдается выраженная потеря веса. Характерна одержимость специфической сверхценной идеей - иметь астеническое отторжение. Расстройство, как правило, начинается перед пубертатным периодом, приводит к нарушениям полового развития, чая замедление роста тела, которое при ремиссии часто бывает обратимым. На стадии резко выраженной кахексии (истощения) наступают нейрофизиологические нарушения: неспособность к концентрации внимания, быстрая психическая истощаемость.

У большинства пищевых аддиктов отмечаются: утрата контроля; расстройство схемы тела (касается чаще всего наиболее чувствительных областей - таких, как живот, ягодицы и верхняя часть бедер). С течением времени утрачивается восприятие голода и насыщения. Почти всегда имеет место исключительно низкая самооценка. В ходе заболевания и нарастающей кахексии круг интересов сужается, исчезают социальные связи и нарастает депрессивный сдвиг настроения. Наблюдаются также выраженные ритуалы приема пищи и навязчивые мысли, касающиеся в основном еды и калорий. Проявляется незначительный интерес к сексу и чрезмерное стремление к успехам. Психопатологические феномены частично зависят от веса тела и исчезают при его восстановлении.

Нарушение пищевого поведения связано с биологическими, культуральными, семейными и интрапсихическими факторами. Выделяют следующие факторы риска: пубертатный возраст; женский пол (в 90-95 % случаев), сильное влияние идеала худобы (например, у фотомоделей или профессиональных спортсменов); стресс в связи с высокими требованиями к себе (например, у студенток, изучающих медицину); недостаточная способность воспринимать собственные ощущения; семейные конфликты и слишком тесные взаимоотношения; очень раннее наступление пубертата; близнецовый фактор; инсулинозависимый диабет.

Данное расстройство считается особенно тесно связанным с проблематикой подросткового возраста. Распространена следующая интерпретация: анорексия является способом решения проблем путем снижения веса. Согласно этой теории, с помощью голодания физические признаки полового созревания сводятся на «нет», что позволяет девушке «оставаться ребенком» и уклоняться от свойственных возрасту психосексуальных требований. Возрастные проблемы самоидентичности и автономии (отделения от родителей) переводятся на «поле битвы в области питания», благодаря чему длительно сохраняются симбиотические отношения с семьей.

Большинство девушек с невротической анорексией имеют устойчивое убеждение, что они «плохие, безобразные, неуспешны». В действительности данное нарушение чаще встречается именно у «хороших девочек». Нервную анорексию иногда называют болезнью отличниц. Эти девочки всю жизнь старались соответствовать ожиданиям своих родителей, но неожиданно стали упрямыми, негативистскими в подростковом возрасте.

Похоже, что невротическая анорексия развивается как попытка «самолечения» через дисциплину тела выработать ощущение самости и межличностной эффективности.

Личности с другой пищевой аддикцией - невротической булимией - обычно отличаются относительно нормальным весом. Булимия - это не болезнь и не просто привычка. Это поведенческий паттерн, который является следствием ряда причин, и коренится в культуре, где булимия, похоже, распространяется все шире. Например, люди могут иметь нарушенное пищевое поведение по одной из схем:

- приступообразное поглощение огромного количества еды (аппетит появляется внезапно);
- постоянное питание (человек ест не переставая);

- отсутствие сытости (человек съедает огромное количество пищи, не ощущая сытости);
- ночное питание (приступ голода случается ночью).

Кроме частых приступов переедания булимия характеризуется активным контролем веса с помощью частых рвот или использования слабительных.

В то время как анорексическая личность характеризуется большей силой Эго и большим контролем суперЭго, булимическая может страдать от общей неспособности задерживать разрядку импульса, базирующуюся на ослабленном Эго и ненадежном супер-Эго. Чрезмерная еда и очистка желудка не являются единственными проблемами, нередко они сосуществуют с импульсивными саморазрушительными сексуальными отношениями или употреблением наркотиков.

Булимические личности обычно используют межличностные отношения как способ самонаказания. Источником потребности в наказании может быть бессознательная агрессия, направленная против Родительских фигур. Эта ярость смещается на пищу, которая поглощается и разрушается. Люди с пищевой зависимостью в целом не могут регулировать удовлетворительным образом свои отношения, так что они смещают конфликты во взаимоотношениях в пищу. Если анорексические личности удерживают контроль над своими агрессивными чувствами по отношению к людям отказом, то булимические – символически разрушают людей путем рыдания до тошноты и рвоты.

Пищевые аддикции плохо поддаются коррекции. Это может объясняться тем, что пища является слишком привычным и доступным объектом, что в происхождении данного нарушения активно участвует семья, что в обществе доминирует идеал стройности, наконец, что нарушенное пищевое поведение в ряде случаев носит характер системного функционального расстройства.

Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения):

Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. [Электронный ресурс] / Е.В. Змановская. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с.

- Режим доступа: [http:// refdb.ru/look/1971883-p13.html](http://refdb.ru/look/1971883-p13.html), свободный.

– Загл. с экрана.

3.2. Зависимое (аддиктивное) поведение: способы предотвращения

Основные направления и формы профилактики зависимого поведения

1. Основные задачи профилактики зависимостей
2. Основные стратегии профилактической работы.
3. Виды профилактических программ.

1. Основные задачи профилактики зависимостей

К основным задачам профилактики зависимых форм поведения несовершеннолетних относятся:

1. Формирование мотивации на эффективное социальнопсихологическое и физическое развитие. Формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями злоупотребления ПАВ и других форм аддикций.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими проблемами, ощутить поддержку значимого другого. Важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Подростки, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без аддиктивной реализации.

3. *Развитие защитных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения.* Люди, эффективно использующие поведенческие стратегии, имеющие развитые физические, психические, личностные ресурсы и социально-поддерживающее окружение, оказываются более защищенными перед лицом стрессовых факторов. У них уменьшается вероятность формирования зависимости.

4. *Формирование знаний и навыков в области противодействия формированию зависимых форм поведения у детей дошкольного и школьного возраста, родителей и учителей, в организованных и неорганизованных группах населения.* Информирование людей о действиях и последствиях злоупотребления ПАВ, способах избегания ситуаций соприкосновения с наркотиками и отказа от их применения, вариантах поисков помощи в случаях возникновения проблем, связанных с ними, в сочетании с развитием ресурсов, стратегий и навыков адаптивного поведения помогает формированию жизненного стиля, ведущего к здоровью.

5. *Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения.* Подобная работа проводится с представителями групп риска или лицами с уже сформированной зависимостью, а также с членами их семей. Для того чтобы люди захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них активное желание, решимость и готовность, т.е. мотивацию, на изменение. Решать эту задачу помогают краткосрочные и длительные профилактические мотивационные акции.

6. *Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.* Эта задача предполагает работу с зависимыми подростками. Прежде чем стать на путь выздоровления, зависимый человек проходит ряд психологических трансформаций от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических защит, осмысления деструктивности своего поведения до желания заменить дезадаптивные формы поведения более адаптивными.

7. *Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых.* Для этого важно готовить специалистов, волонтеров-сверстников и взрослых, имеющих навыки социально-поддерживающего и адаптивного поведения.

8. *Поощрение стремления к прекращению употребления ПАВ и других форм зависимого поведения.* Это работа с теми, кто уже имеет зависимость. В данном случае усилия направляются на формирование желания уменьшить и прекратить такое поведение.

9. *Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных для контактов подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие ПАВ.* Решение этой задачи требует разработки различных технологий, в первую очередь **социальных**, которые включают в себя развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

2. Основные стратегии профилактической работы

Для построения профилактических программ важно понимать, на какую категорию населения направлено профилактическое воздействие, каковы его временные рамки, ориентировано ли оно на личность и на среду, ее окружающую, и в какой форме это воздействие происходит. С учетом этого можно определять *основные стратегии профилактической работы*.

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях; создание сети социально-поддерживающих учреждений.
2. Профилактика, основанная на работе в школе (программы обучения здоровью в школе).
3. Профилактика, основанная на работе с семьей.
4. Профилактика в организованных общественных группах молодежи и на рабочих местах.
5. Профилактика с помощью средств массовой информации.

6. Профилактика, направленная на группы риска в неорганизованных коллективах (на территориях, улицах, с безнадзорными, беспризорными детьми).
7. Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.
8. Массовая мотивационная профилактическая активность.
9. Краткосрочные или долговременные профилактические акции среди детей, подростков и других групп населения, направленные на формирование мотивации продвижения к здоровью или изменение неадаптивных форм поведения на адаптивные.

3. Виды профилактических программ

В зависимости от времени воздействия профилактические программы делятся на три категории: постоянно действующие, систематически действующие и периодически действующие.

Постоянно действующие программы – это модель профилактики, действующая постоянно в каком-либо определенном месте, например на базе конкретных школ, где проводятся регулярные профилактические занятия с детьми, подростками и учителями. Также осуществляется подготовка субспециалистов (лидеров-сверстников, лидеров-учителей, психологов, лидеров-родителей), которые будут осуществлять постоянную профилактическую активность.

Систематически действующие программы – это модель профилактики, предполагающая проведение регулярных систематических профилактических мероприятий, рассчитанных на определенный промежуток времени (несколько месяцев, несколько раз в год и т.д.).

Периодически действующие программы – это профилактическая активность, которая проводится периодически и не имеет системы. Например, проведение мотивационных акций, заставляющих задуматься о здоровом образе жизни. Подобные акции имеют успех и для некоторых лиц могут оказаться поворотным пунктом начала новой жизни без ПАВ. В команду профессионалов, занимающихся подготовкой таких акций, возможно привлечение выздоравливающих зависимых. Это лица, имеющие в прошлом опыт употребления ПАВ, и они способны собственным примером убедить людей в превосходстве здорового образа жизни. Обязательным является предварительное обучение таких людей.

В зависимости от основных целей, которые преследуются в программах, и тех компонентов или сфер личности, на которые они в основном направлены, выделяют:

а) *программы когнитивного обучения*, рассчитанные преимущественно на детей в возрасте от трех до шести лет и детей младшего школьного возраста. Они отличаются повышенной эффективностью. Суть таких программ заключается в обучении детей принятию адаптационных решений, ответственности за собственное поведение и осознанности поведенческого выбора;

б) *программы аффективного обучения*, основанные на идее о необходимости работы с эмоциями и системой эмоционального регулирования. Переживаемый в подростковом возрасте кризис идентичности может спровоцировать поведенческие расстройства, в том числе и зависимость от ПАВ. Цель данных программ – научить детей и подростков регулировать эмоции, не прибегая к формам саморазрушающего поведения;

в) *программы интерперсонального обучения*, являющиеся попыткой предупредить у подростков возможность злоупотребления ПАВ путем развития адекватного представления о себе, понимания своих ощущений и интерперсональных связей, обучения навыкам принятия решений и коммуникативной компетентности;

г) *программы поведенческого обучения, или поведенческой модификации*, основывающиеся на тренинге поведенческих навыков с целью повышения устойчивости к употреблению табака, алкоголя, наркотиков, к включению в антисоциальные компании. Человек, обученный определенным поведенческим навыкам, чувствует себя компетентным, эффективным, у него повышается самоуважение. Эти программы учат детей на осознанном

или неосознанном и даже механическом уровне отказываться от употребления наркотиков, не принимать неизвестных препаратов, не входить в контакт с незнакомыми людьми;

д) *программы формирования социальных альтернатив*, базирующиеся на идее о том, что подростковая активность, альтернативная алкоголизации, наркотизации, делинквентности и т.п., способствует их переориентации на всевозможные формы занятости молодежи, рискованные виды спорта, путешествия с элементами научно-исследовательской деятельности и др.

Профилактические программы разрабатываются с учетом преимущественной *сферы реализации*:

- *общественные программы* подразумевают получение эффекта профилактического воздействия через средства массовой информации;

- *программы, сфокусированные на школе*, представляют собой систему занятий и умений, посвященных обучению здоровому, конструктивному поведению, предупреждению ВИЧ-инфекций, ранней беременности, курения табака, употребления наркотиков и алкоголя и др.;

- *программы, сфокусированные на семье*, – это программы тренинга родителей, развития семейных и социальных навыков у детей и родителей, формирования семейного копинг-поведения и т.п.;

- *программы создания групп социальной поддержки* предполагают подготовку лидеров-сверстников, лидеров-родителей и лидеров-педагогов, групп само- и взаимопомощи.

Особую роль играют *мультикомпонентные программы*, которые учитывают индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные и т.д.). Мультикомпонентный превентивный подход является наиболее перспективным, поскольку установлено, что эффективность программы прямо пропорционально связана с количеством включенных в нее компонентов. Цель мультикомпонентных программ – получить синергетический эффект при комбинации различных превентивных стратегий. Примером данного подхода может служить превентивная модель, основанная на интеграции социальной поддержки и психологического обучения. Эта модель использует тренинг социальных навыков и опирается на сети социальной поддержки сверстников и учителей. У обучающихся развиваются навыки позитивных межличностных взаимоотношений, повышения самооценки и интернального локуса контроля, навыки резистентности к давлению среды, формируется мотивация на успешную учебу в школе.

Методологические основы составления профилактических программ

1. Проблемы профилактики аддикций.
2. Теории профилактики аддикций.
3. Принципы построения программ профилактики зависимостей.

1. Проблемы профилактики аддикций

Международный опыт показывает, что современное состояние профилактической деятельности в области зависимого поведения перерастает границы отдельных государств. Глобализация факторов риска психическому здоровью людей требует от мирового сообщества поиска инструментария, позволяющего оценивать объекты профилактики зависимого поведения (нормы жизнедеятельности, уровень здоровья, благополучия, качества жизни) в масштабе не только отдельного человека или даже государства, но и всего мирового сообщества. А это требует многостороннего научного освещения, обоснования и трактовки механизмов и процессов, лежащих в основе регулирования профилактики зависимого поведения.

В разработке и внедрении таких профилактических программ принимают участие ведущие научно-образовательные центры многих стран. Так, участниками научных разработок ВОЗ по критериям оценки здоровья и профилактики в 2009 году стали Гарвардский университет (США), Вашингтонский университет, Университет Джона Хопкинса (США), Универ-

ситет Квинсленда (Австралия) и Всемирная организация здравоохранения (Швейцария).

Мировой опыт показывает, что в развитых странах система профилактики рисков психического здоровья сформирована на принципах социально-государственного партнерства. Эта система обладает рядом особенностей: наличие широкой нормативно-правовой основы, высоким профессиональным уровнем деятельности, хорошей материально-технической и информационной базой, строгим контролем со стороны общественных и религиозных институтов.

В нашей стране профессиональный системный подход к профилактике зависимого поведения еще только начинает формироваться. Это приводит к недочетам в деятельности и недальновидным решениям на различных, включая самые высокие уровни, власти.

Аршинова, В.В. Профилактика зависимого поведения : системный подход
/ В.В. Аршинова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 414.

Профилактика аддиктивного поведения в России осуществлялась и осуществляется разными федеральными структурами (ФСКН, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения и социального развития) и другими организациями, каждая из которых имеет собственное видение цели, задач и реального участия.

Деятельность данных структур является недостаточно скоординированной в связи с отсутствием единого государственного подхода, что препятствует повышению эффективности проводимых профилактических воздействий. Особенности организации финансирования профилактических служб в этих структурах пока не позволяют проводить профилактических вмешательств всех четырех указанных выше видов на трех уровнях (семья, школа, местожительства). Возникающие в результате этого дефекты профилактики приводят к развитию новых случаев развития зависимости от психоактивных веществ, необходимости их лечения и реабилитации, что достаточно дорого стоит государству.

Профилактика аддиктивного поведения тесно связана с лечением и реабилитацией лиц, зависимых от психоактивных веществ. Сравнение деятельности профилактических служб, организаций, осуществляющих лечение больных свидетельствует о явном перекосе в финансировании деятельности структур, осуществляющих лечение и имеющих низкую эффективность, по сравнению с финансированием и структурой организации профилактических служб. Лечить гораздо дороже, чем предупреждать развитие болезни. Необходимо резко повысить приоритет профилактической деятельности и обеспечить её профессионально подготовленными кадрами.

Создание новой структуры профилактической службы и увеличение её финансирования позволит осуществлять профилактику на уровне всей популяции в целом, среди групп риска и групп высокого риска в школе, семье и по месту жительства. Повышение качества профилактики будет препятствовать развитию новых случаев заболеваний, позволит снизить финансовую нагрузку деятельности лечебных учреждений и повысить качество их работы.

Создание новой структуры профилактической службы и увеличение её финансирования необходимо в связи со следующими обстоятельствами.

Во-первых, среди профилактических вмешательств приоритетными должны стать универсальные профилактические воздействия, ориентированные на отдельные большие однородные группы населения, не имеющие предшествующего риска развития аддиктивного поведения и имеющие позитивную направленность. Позитивные профилактические воздействия должны мотивировать молодежь на личную ответственность за своё здоровье и его сохранение, укреплять духовно-нравственные ориентиры, способность детей и подростков добиваться поставленных целей развития, позитивной самооценки, социальной самоэффективности и способности совладать с негативными воздействиями. Программы, направленные на укрепление здоровья, дают возможность помочь детям и подросткам всесторонне развиваться духовно, социально, эмоционально, интеллектуально, физически, укреплять чувство

принадлежности к коллективу, личные качества/индивидуальность/ самосознание и непрерывно развиваться. Проведение позитивной профилактики, ориентированной на укрепление здоровья, позволит значительно снизить вероятность возможного развития аддиктивного поведения.

Во-вторых, это необходимо в связи с появлением новых видов зависимого поведения - патологической склонности к азартным играм, интернет –зависимости, их сочетанных форм, зависимости от мобильных телефонов, пищевых аддикций (голодание и переедание), предупреждение которых не в состоянии обеспечить существующая система профилактической службы.

В-третьих, профилактика аддиктивного поведения является частью профилактики специфических психических, эмоциональных и поведенческих нарушений среди детей и молодежи. Высокая распространенность симптомов тревоги, депрессии, посттравматических и пищевых расстройств среди детей и подростков, являющихся фактором высокого риска развития аддиктивного поведения, требует проведения профилактических воздействий среди этих групп и увеличивает объем деятельности служб, осуществляющих профилактику аддиктивного поведения. Профилактика аддиктивного поведения не может быть узко специализированной. Например, она должна включать в себя и мероприятия, направленные на снижение риска сексуального поведения и предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией. Заражение ВИЧ-инфекцией примерно в 50% случаев происходит инъекционным путем у лиц употребляющих наркотики.

В-четвертых, для успешного осуществления универсальных, селективных и профилактических мероприятий, профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям в семье, школе, по месту жительства необходимо систему профессиональной подготовки кадров, способных осуществлять все направления профилактической деятельности.

В заключение необходимо отметить, что стабильно высокий уровень распространенности алкоголизма, зависимости от наркотиков, сочетающихся с ВИЧ- инфекцией; рост поведенческих аддикций (склонность к азартным играм, интернет-зависимость и т.д.); низкая эффективность проводимого лечения, низкий уровень системы реабилитации являются основаниями для создания новой системы профилактики аддиктивного поведения, осуществляющей дифференцированные мероприятия в школе, семье, по месту жительства, среди групп высокого риска развития аддикций, групп имеющих риск заболевания и среди больших однородных групп населения, не имеющих риска развития зависимости, путем мероприятий, укрепляющих здоровье. Эффективность этих профилактических мероприятий, может быть достаточно высокой, если государство будет осуществлять профилактические мероприятия, ориентированные на окружающую среду, влияя на доступность табака, алкоголя и наркотиков, используя механизмы налогообложения и политики ценообразования, рекламы и т.д.

Ялтонский В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация.

http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/45945_full.shtml

3.3. Теории профилактики аддикций

В современном знании о предупреждении зависимого поведения существует множество теорий или концепций, объясняющих, почему люди выполняют определенные действия. Многие теории были разработаны для того, чтобы проанализировать, понять и объяснить влияние поведения на здоровье.

Хотя эти теории и внесли существенный вклад в наше понимание индивидуального поведения, они часто оказываются ограниченными в отношении более широкого рассмотрения социальных и экологических условий, в которых отдельная жизнь не принимается во внимание. В настоящее время приходится признать, что некоторые стороны нездорового поведения отражают социальные, культурные и экологические условия, в которых их возникнове-

ние становится возможным.

И.И. Брехман одним из первых начал разрабатывать методологические проблемы здоровья практически здоровых людей. Он утверждал, что наука о здоровье должна быть интегральной, системной, выработанной на основе знаний экологии, биологии, медицины, психологии, педагогики и других наук.

Аналоги этого научного направления в европейских странах, США и Канаде в зависимости от содержания носят различные названия. Важно, что значимыми для них остаются как теории зависимости, так и специальные теории профилактики. В теориях зависимости особый интерес представляют причины их возникновения, определяемые факторами, против которых и должна быть направлена предупредительная работа.

В 2007 г. сотрудниками Национального института неврологических расстройств и инсульта S. Riesch, S.A. Albers, K.A. Magnuson, S. Small по заказу Главного комитета по профилактической науке Великобритании подготовлено пособие для преподавателей и студентов «Профилактическая наука».

Анализ найденных нами материалов показал, что превентивные теории, формирующие здоровый образ жизни, можно разделить 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 ве-

ществ. 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 детерминировано 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. Стеффенхаген (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.

По мнению В.В. Аршиновой, 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 [32].

Многие зарубежные авторы считают, что, 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 ожи-

рением 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.

Аршинова, В.В. Профилактика зависимого поведения : системный подход
/ В.В. Аршинова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 414.

Принципы построения программ профилактики зависимостей

Современные представления о профилактике аддиктивного поведения, по мнению В.М. Ялтонского, предполагают проведение профилактических вмешательств четырех видов:

1. Универсальные профилактические вмешательства.

Этот тип профилактики аддиктивного поведения ориентирован на население в целом или на его отдельные большие однородные группы, члены которых идентифицируются как личности, не имеющие предшествующего риска развития аддиктивного поведения. В целом, они определяются как имеющие усредненную вероятность риска развития болезни, и критерии риска развития заболевания не являются основанием для выделения каких-либо определенных групп населения при данном виде профилактических вмешательств.

Универсальные профилактические вмешательства осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы). Например: проводимые в рамках школьных программ профилактические меры, направленные на выработку социальных навыков отказа от употребления психоактивных веществ.

2. Выборочные, избирательные профилактические вмешательства.

Селективные профилактические вмешательства ориентированы на отдельные группы населения, подверженные риску аддиктивного поведения. Селективные профилактические вмешательства осуществляются на аналогичных уровнях. Например: вмешательства, ориентированные на детей, имеющих факторы риска развития аддиктивного поведения (ситуации развода родителей, смерти близкого родственника, психического заболевания родителей).

3. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям.

Индивидуально-ориентированная профилактика аддиктивного поведения нацелена на лиц, у которых имеется высокий риск развития заболевания. Например: воздействия, ориентированные на детей, имеющих признаки депрессии, высокой тревоги и склонных к агрессии. Имеющиеся у них в настоящее время симптомы расстройств не достигают уровня выраженности, необходимого для постановки диагноза. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям профилактические вмешательства осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы).

4. Профилактика аддиктивного поведения, ориентированная на окружающую среду.

Профилактические действия по предупреждению аддиктивного поведения, направленные на окружающую среду - это предупреждающие вмешательства, нацеленные на изменение социальной, экономической, физической и культуральной сред обитания, в которых люди делают свой выбор использования психоактивных веществ или отказа от их употребления. На результат выбора влияют не только особенности личности человека, но и такие особенности среды обитания, как доступность табака, алкоголя и наркотиков, особенности налогообложения и политики ценообразования, рекламы. Например: возрастные ограничения

на продажу табака и алкоголя, повышение их стоимости и дополнительные налоги на них, юридические аспекты меры противодействия вождению автотранспорта в нетрезвом состоянии и запрета курения, объявление его вне закона, ограничение употребления алкоголя в общественных местах).

Ялтонский В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация.

http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/45945_full.shtml

Для создания профилактических программ необходимо четко представлять *принципы* их построения:

- *принцип системности* предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной ситуации в стране;

- *принцип стратегической целостности* определяет единую стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции. Подход к профилактике должен быть стратегически целостным;

- *принцип многоаспектности* предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности – личностно-, поведенчески- и средо-центрированного. *Личностно-центрированный аспект* – это система воздействий, направленных на позитивное развитие ресурсов личности. *Поведенческий аспект* – это целенаправленное формирование у детей и взрослых прочных навыков и стратегий адаптивного поведения. *Средо-центри-рованный аспект* – это формирование систем социальной поддержки, т.е. системы социальных институтов, направленных на профилактическую и реабилитационную активность. Такая система может быть организована в отдельном округе, районе, городе, регионе и должна носить цельный характер;

- *принцип ситуационной адекватности* означает соответствие профилактических действий реальной социально- экономической, социально-психологической и наркологической ситуации в стране;

- *принцип динамичности* предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и совершенствования профилактической деятельности;

- *принцип солидарности* означает солидарное межведомственное взаимодействие между государственными и общественными структурами с использованием системы социальных заказов;

- *принцип легитимности* предполагает реализацию целевой профилактической деятельности на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки большинством населения. Профилактические действия не должны нарушать права человека;

- *принцип полимодальности и максимальной дифференциации* предполагает гибкое применение в профилактической деятельности различных подходов и методов, а не центрирование только на одном методе или подходе.

3.4. Уровни профилактики зависимого поведения несовершеннолетних и технологии этих уровней

2. Первичная профилактика и ее технологии.

3. Вторичная профилактика и ее технологии.

4. Третичная профилактика и ее технологии.

1. Первичная профилактика и ее технологии

Первичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на население, которое еще не имеет проблемного поведения, связанного с употреблением ПАВ.

Она является наиболее массовой, неспецифической, использует преимущественно педагогические, психологические и социальные инструменты воздействия. Ведущая цель первичной профилактики – предупреждение употребления алкоголя и наркотиков, формирование устойчивой ориентации и психологических установок населения на здоровый образ жизни.

Медико-психологические технологии первичной профилактики. Цель этого вида технологий – адаптация к требованиям социальной среды, формирование и развитие социальной и персональной компетентности, ресурсов личности, адаптивных стратегий поведения, высокофункционального жизненного стиля. Их осуществлением могут заниматься специально обученные специалисты в области профилактики на основе знаний и умений, связанных с медико-психологическими формами работы с населением (психотренинговая работа).

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики. Цели данных технологий:

- предоставление объективной информации о ПАВ, их действии на психику и организм человека, последствиях употребления, а также о возможной помощи при возникновении проблем, связанных с ними;

- мотивация на здоровый образ жизни;

- создание сетей социальной поддержки.

Этих целей первичной профилактики можно достичь с помощью системного обучения детей и подростков, родителей, специалистов и волонтеров, которые в дальнейшем смогут работать с населением. Кроме того, очевидна необходимость повышения уровня знаний руководителей и работников здравоохранения и образования, средств массовой информации, политических и государственных деятелей.

К социальным и педагогическим технологиям первичной профилактики также относятся:

- альтернативные программы проведения досуга молодежью и другие формы молодежной активности;

- создание социально-поддерживающих систем (общественных и государственных);

- мотивационные акции, направленные на формирование здорового образа жизни и прекращение злоупотребления ПАВ;

- создание института социальных работников и волонтерства.

2. Вторичная профилактика и ее технологии

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и социальную адаптацию лиц, имеющих незначительный опыт употребления ПАВ.

Особая целевая группа на данном уровне профилактической работы – подростки, состоящие на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних (ПНД), в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНиЗП), на профилактическом учете в наркологических учреждениях. Основная цель вторичной профилактики – психолого-педагогическая и социальная коррекция поведения подростка, экспериментирующего с ПАВ, для его позитивной социализации и недопущения дальнейшего втягивания в алкоголизацию, наркотизацию и связанные с ними противоправные действия.

Медико-психотерапевтические технологии вторичной профилактики. Цели данных технологий:

1. Осознание и преодоление барьеров (когнитивных, эмоциональных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения форм собственного поведения.

Эмоциональные барьеры проявляются в том, что зависимые подростки обычно не умеют осознавать свои эмоциональные проявления, поэтому для них достаточно сложной задачей является аффективное обучение (обучение способности проявлять и осознавать эмоции). Только после того, как человек сможет осознать свои истинные чувства, он приходит к мыс-

ли о том, что аддиктивное поведение мешает ему нормально жить, и может принять решение о необходимости изменения своего поведения в направлении продвижения к здоровью.

Когнитивные барьеры мешают адекватно осмысливать жизненные ситуации. В распоряжении подростков имеется целый арсенал когнитивных уловок, мифов, защитных механизмов, направленных на самообман, создание иллюзорно-компенсаторной субъективной действительности. Они начинают жить в не существующем в реальности мире, им кажется, что они могут контролировать ситуацию, управлять ею. На самом деле реальность другая – это формирующаяся или уже сформировавшаяся зависимость. Вот почему столь важен процесс преодоления когнитивных барьеров (обычно в результате многочисленных бесед и консультаций со специалистом), ибо он приводит к переосмыслению ситуации, к осознанию того, что выбранный путь ведет к заболеванию.

Поведенческие барьеры характеризуются тем, что после переосмысления ситуации человек становится способным иначе воспринимать свое поведение. Он приходит к осознанию факта, что используемые формы поведения разрушают его самого и жизнь окружающих людей.

2. Изменение нарушенных, дезадаптивных форм поведения. После того, как индивид преодолел эмоциональные и когнитивные барьеры, у него постепенно формируется мотивация на изменение своего эмоционального и когнитивного реагирования, форм своего поведения и собственной жизни.

3. Развитие здоровых, адаптивных форм поведения. Эту задачу можно осуществить при помощи психотерапевтических и психокоррекционных тренингов, направленных на развитие ресурсов личности и социальной среды, обучение навыкам проблемно-преодолевающего поведения, резистентности к негативному давлению среды и т.д.

Социальные технологии вторичной профилактики. Цель этих технологий – психосоциальная адаптация. Их осуществление происходит путем формирования и развития мотивации на выздоровление, на полный отказ от зависимости. Такая задача может решаться не только при помощи медицинских средств (психолого-психотерапевтических), но и посредством социальных технологий. К социальным технологиям вторичной профилактики относятся:

1. Воздействие социальной средой, подготовка и включение в работу психотерапевтической группы консультантов (из числа выздоравливающих больных). Бывшие зависимые могут наиболее успешно создать постоянно функционирующее мотивационное поле, ориентирующее членов группы на прекращение зависимости. Человеку, прекратившему аддиктивное поведение, необходимо постоянное формирование мотивации на изменение себя и своего взаимоотношения с социальной средой. В противном случае рецидив неизбежен.

2. Развитие и формирование навыков проблемно-преодолевающего поведения (через тренинговые занятия, организацию ситуаций социального взаимодействия, анализ собственного опыта преодоления субъективно значимых сложностей и т.п.).

3. Формирование социально-поддерживающего поведения и создание социально-поддерживающей среды (программы «12 шагов», группы «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы» и др.).

Медико-биологические технологии вторичной профилактики. Цель этих технологий – нормализация нарушенного физического и психического развития, биохимического и физиологического функционирования организма.

3. Третичная профилактика и ее технологии

Третичная профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на социальную адаптацию лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, связанные с потреблением ПАВ.

Целевую группу данного уровня составляют лица, имеющие болезненную зависимость от ПАВ:

- состоящие на диспансерном учете в наркологических учреждениях;
- вернувшиеся из исправительных учреждений закрытого и открытого типа;
- прошедшие курс лечения от алкоголизма, токсикомании, наркомании;
- склонные к совершению правонарушений и состоящие на учете в ПДН и КДНиЗП.

Основная цель третичной профилактики – поддержание состояния ремиссии и комплексная реабилитация.

Технологии третичной профилактики условно также можно подразделить на *медико-психологические* (психотерапевтические), *социально-педагогические* и *медико-биологические*. Главные задачи третичной профилактики – профилактика рецидивов (в основном реализуется специалистами-медиками) и психосоциальная адаптация (осуществляется психологами и социальными педагогами)

В качестве примера технологии третичной профилактики может быть приведена методика семейной психологической помощи «Прямое вмешательство» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий). Она предусматривает реализацию нескольких последовательных этапов:

1. *Подготовительный этап*. Он начинается с обращения к специалисту близкого родственника больного, страдающего зависимостью. Вместе с консультантом определяется круг членов семьи и значимых для больного лиц, знающих о его зависимости. Суть проблемы обратившийся клиент видит в зависимом поведении подростка и просит помочь справиться с этим.

2. *Создание «коллектива вмешательства»*. Лицо, обратившееся за помощью к специалисту, проводит переговоры с выделенным кругом близких и друзей больного, предлагая организовать «коллектив вмешательства». После этого все согласившиеся принять участие в лечебном процессе собираются у консультанта, знакомятся с ним. Специалист беседует со всеми, собирает дополнительные анамнестические сведения, интересуется мнениями о причинах создавшейся ситуации, ее особенностях, а также предложениями о том, как ее можно улучшить. Далее присутствующие обеспечиваются объективной информацией психологического и медицинского характера о стадии заболевания, его проявлениях, возможных вариантах течения. «Коллективу вмешательства» предлагается прогноз о том, как будут разворачиваться события дальше, если все пустить на самотек, и несколько альтернативных вариантов вмешательства, дающих шанс переломить ситуацию в лучшую сторону. Ни на одном из вариантов консультант не настаивает, но высказывает просьбу оценить варианты и на следующей сессии рассказать о своих соображениях по этому поводу. На сплочение «коллектива вмешательства» уходит около двух месяцев. Суть проблемы члены «коллектива вмешательства» видят в подростке и его «безобразном поведении».

3. *Активная работа*. Участники «коллектива вмешательства», обсуждая на встречах с консультантом проблемы семьи больного, начинают понимать свою роль в дисфункциональном взаимодействии. Для этого специалисту приходится преодолевать психологические защиты, помогать членам «коллектива вмешательства» проявлять свои чувства. С каждым обсуждается манера его поведения с больным подростком, реакции на его эксцессы. На сессиях теперь уже ставится вопрос не о том, как изменить подростка, а о том, как изменить себя, чтобы жизнь стала лучше. Особое внимание участников обращается на анализ положительных и отрицательных перемен, отмечаемых в каждом из них, в больном, в семейных коммуникациях, в ситуации в целом.

На одной из сессий участникам дается задание, не советуясь друг с другом, описать дома одну и ту же известную всем скандальную ситуацию, связанную с зависимостью подростка. Рассказ должен включать в себя точное описание события и поведения больного; отношение к зависимости; выражение собственного чувства по этому поводу; выражение желаний или положительных чувств к подростку. Формулировки должны отражать симпатию, сочувствие к больному, озабоченность его судьбой.

4. Выбор альтернативы. Участники сессии поочередно читают то, что написали дома, удивляясь разным интерпретациям одних и тех же событий. В обсуждении уточняются какие-то детали. Участники отвечают на вопрос о том, как бы они изменили свое поведение, если бы время можно было повернуть вспять и вновь оказаться в обсуждаемой ситуации. На следующей сессии консультант обсуждает с участниками сессии, какие формы лечения больного могут оказаться наиболее эффективными. Выбирается несколько вариантов, которые будут предложены ему на выбор.

5. Непосредственное вмешательство. Члены семьи просят больного прийти на встречу с консультантом для обсуждения семейных проблем. Больной, желающий узнать, куда столько времени ходили его близкие, обычно не отказывается от посещения психолога. На сессии в присутствии больного участники вновь зачитывают впечатления о поведении больного, выражая при этом ему свои теплые чувства, озабоченность, высказывая пожелания согласиться на лечение и уверенность в успехе. Под таким натиском больной, как правило, соглашается на лечение.

Практические задания

Перечень тем и заданий для подготовки к практическим занятиям:

Тема 1: Аддиктивное поведение как социально-психологический феномен

Дефиниция аддикций. Эго-система и аддикции. Аддиктивная идентичность в постсовременной культуре. Автоматизм и компульсивность в динамике аддикций. Общая психодинамика аддиктивных расстройств. Аддикции и самоконтроль. Общность психодинамических механизмов химических и процессных аддикций. Аддиктивное поведение – глобальный фактор вреда здоровью человека. Терминологическая проблема изучения аддикций. Социальные болезни личности. Структура психических расстройств. Сравнительный анализ научных подходов к изучению аддикций. Психологический портрет аддиктивной личности.

Тема 2: Виды аддикций

Гэмблинг. Интернет-зависимость. Трудоголизм. Ургентная аддикция. Созависимость. Религиозная аддикция. Шопинг (ониомания). Зависимость от деструктивных культов. Любобная аддикция. Аддикция избегания. Бьюти-аддикции (зависимость от красоты). Спортивная аддикция. Пищевая аддикция: булемия. Пищевая аддикция: анорексия. Сексуальная аддикция (ранняя). Сексуальная аддикция (поздняя). Злоупотребление стероидами

Тема 3: Механизмы возникновения аддикции

Психологические процессы, происходящие при формировании зависимости. Психологические теории возникновения зависимости. Факторы и условия запуска механизма зависимого поведения. Характеристика основных этапов запуска механизма зависимого поведения. Влияние акцентуаций характера на формирование зависимого поведения. Значение аттачмента в возникновении зависимости. Значение личностных факторов в возникновении зависимости. Моторный компонент возникновения зависимости. Психический компонент зависимости. Физиологический компонент зависимости. Переживание скуки как триггер аддикции. Аддиктивная идентичность личности в современной культуре. Автоматизм в динамике аддикций. Роль компульсивности в динамике аддикций.

Тема 4: Зависимое поведение как социальная проблема

Общая характеристика зависимого поведения. Переход аддиктивного поведения в зависимость. Стадии формирования зависимого поведения. Факторы зависимого поведения личности. Критерии отнесенности поведения к разряду зависимого: стремление ухода от реальности посредством изменения своего психического состояния, сильные эмоциональные переживания, замещающий эффект зависимого поведения. Психологические процессы, происходящие при формировании зависимости: желание, связь, углубление гедонического начала, фиксация, взаимодействие, доминирование, азарт, подмена, сдвиг мотива с цели на средство. Симптомы, общие для всех видов зависимостей.

Тема 5: Факторы, определяющие зависимое поведение

Биологические причины зависимого поведения, их характеристика. Психологические причины зависимого поведения, их характеристика. Понятия «порочный круг», «аддиктивный агент», «информационно-энергетический метаболизм», «перенос эмоционального отношения с живого объекта на неживой». Влияние возрастных особенностей подросткового возраста на формирование аддиктивного поведения. Нарушение межличностных отношений и их роль в формировании зависимости. Роль семейного воспитания в формировании аддикций. Роль социальных факторов в формировании зависимого поведения.

Тема 5: Основные направления и формы профилактики зависимого поведения

Особенности профилактики зависимого поведения. Первичная, вторичная и третичная профилактика зависимого поведения. Общая и специальная профилактика. Пути и способы освобождения от зависимости. Предпосылки немедицинской профилактики зависимостей. Универсальные психологические подходы к профилактике аддикций. Специфические теории профилактики зависимого поведения. Устойчивость – основа профилактики зависимостей. Факторы, мешающие излечению от зависимости. Основные формы профилактической работы (организация социальной среды; информирование; социальное обучение; организация альтернативной деятельности; организация здорового образа жизни; активизация личностных ресурсов; минимизация негативных последствий зависимого поведения).

Сборник задач и упражнений для самостоятельной работы

1. Проанализируйте факторы риска аддиктивного поведения в вашем населённом пункте.
2. Выскажите и обоснуйте свою точку зрения на этиологию аддиктивного поведения несовершеннолетних.
3. Выделите основные группы химических веществ по специфике воздействия на организм.
4. Какие видимые изменения вызывает употребление химических веществ (сленговая речь, внешний вид, особенности поведения, реагирования)?
5. Составьте список компьютерных игр повышенного риска для формирования интернет и компьютерной зависимости.
6. Прочитайте письма Достоевского к жене. Проанализировать факторы формирования и поддержания зависимости от азартных игр. Продумать план профилактических и коррекционных мероприятий для данного случая. Применить Метод кейсов.
7. Посмотрите фильмы «На грани краха», «Игра окончена». Продумать сеанс кинотерапии (вопросы, комментарии) для применения этих фильмов в группе зависимых от азартных игр.
8. В чем заключается сложность диагностирования зависимостей? Обоснуйте свой ответ.
9. Какие методики могут применяться при диагностике зависимостей (проективные, самопросники, тесты, анкеты)?
10. Найдите нижележащие методики в перечисленных источниках, продиагностируйте себя и своих знакомых (всего 5 человек) и составьте интерпретацию по данному блоку методик:
 - Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К. К. Яхин, В. Д. Менделевич);
 - Тест «Склонность к зависимому поведению»
 - Тест на зависимость (аддикцию). Методика диагностики склонности к 13 видам зависимостей, Лозовая Г.В.
11. Каким образом можно повысить эффективность диагностирования зависимостей?

12. Составьте план профилактических мероприятий по предупреждению аддиктивного поведения для дошкольников. Обоснуйте и представьте развернутое объяснение целесообразности предлагаемых мероприятий.

13. Составьте план профилактических мероприятий по предупреждению аддиктивного поведения для младших школьников. Обоснуйте и представьте развернутое объяснение целесообразности предлагаемых мероприятий.

14. Составьте план профилактических мероприятий по предупреждению аддиктивного поведения для подростков. Обоснуйте и представьте развернутое объяснение целесообразности предлагаемых мероприятий.

Тест на интернет-зависимость

(К. Янг (1996) в переводе и адаптации В.А.Буровой (1999 г.)

Инструкция: На предложенные ниже вопросы выберите свой вариант ответа

1. Часто ли Вы замечаете, что проводите он-лайн больше времени, чем намеревались?
 - Никогда или крайне редко
 - Иногда
 - Регулярно
 - Часто
 - Всегда
2. Часто ли Вы пренебрегаете домашними делами, чтобы провести больше времени в сети?
 - Никогда или крайне редко
 - Иногда
 - Регулярно
 - Часто
 - Всегда
3. Часто ли Вы предпочитаете пребывание в сети интимному общению с партнером?
 - Никогда или крайне редко
 - Иногда
 - Регулярно
 - Часто
 - Всегда
4. Часто ли Вы заводите новые знакомства с пользователями Интернет, находясь он-лайн?
 - Никогда или крайне редко
 - Иногда
 - Регулярно
 - Часто
 - Всегда
5. Часто ли окружающие интересуются количеством времени, проводимым Вами в сети?
 - Никогда или крайне редко
 - Иногда
 - Регулярно
 - Часто

- Всегда

6. Часто ли страдают Ваши успехи в учёбе или работе, так как Вы слишком много времени проводите в сети?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

7. Часто ли Вы проверяете электронную почту, раньше чем сделать что-то другое, более необходимое?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

8. Часто ли страдает Ваша производительность труда из-за увлечения Интернетом?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

9. Часто ли Вы занимаете оборонительную позицию и скрываете, когда Вас спрашивают, чем Вы занимаетесь в сети?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

10. Часто ли Вы блокируете беспокоящие мысли о Вашей реальной жизни, утешительными мыслями об Интернете?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

11. Часто ли Вы обнаруживаете себя предвкушающим, как вновь окажетесь в Интернете?

- Никогда или крайне редко

- Иногда

- Регулярно

- Часто

- Всегда

12. Часто ли Вы ощущаете, что жизнь без Интернета скучна, пуста и безрадостна?

- Никогда или крайне редко

- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

13. Часто ли Вы ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто-то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

14. Часто ли Вы пренебрегаете сном, засиживаясь в Интернете допоздна?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

15. Часто ли Вы предвкушаете, чем займетесь в Интернете, находясь оффлайн, или фантазируете о пребывании он-лайн?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

16. Часто ли Вы говорите себе "еще минутку", находясь он-лайн?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

17. Часто ли терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в сети?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

18. Часто ли Вы пытаетесь скрыть количество времени, проводимое Вами в сети?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

19. Часто ли Вы выбираете провести время в Интернете, вместо того, чтобы выбраться куда-либо с друзьями?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

20. Часто ли Вы испытываете депрессию, подавленность или нервозность, будучи вне сети и отмечаете, что это состояние проходит, как только Вы оказываетесь он-лайн?

- Никогда или крайне редко
- Иногда
- Регулярно
- Часто
- Всегда

КЛЮЧ К ТЕСТУ НА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ

Подсчет результатов по следующей шкале:

НИКОГДА или КРАЙНЕ РЕДКО - 1 балл

ИНОГДА - 2 балла

РЕГУЛЯРНО - 3 балла

ЧАСТО - 4 балла

ВСЕГДА - 5 баллов

Интерпретация результата:

20-49 баллов – Вы обычный пользователь Интернета. Можете путешествовать по сети сколько угодно долго, т.к. умеете контролировать себя (III группа).

50-79 баллов – у Вас некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом. Если Вы не обратите на них внимание сейчас – в дальнейшем они могут заполнить всю Вашу жизнь (II группа).

80-100 баллов – использование Интернета вызывает значительные проблемы в Вашей жизни. Требуется помощь специалиста-психотерапевта (I группа).

I группа – зависимые

II группа – пограничные

III группа - нормальные

Перечень тем докладов и сообщений

1. Психологический портрет аддиктивной личности.
2. Психологические процессы, происходящие при формировании зависимости.
3. Психологические теории возникновения зависимости.
4. Факторы и условия запуска механизма зависимого поведения.
5. Характеристика основных этапов запуска механизма зависимого поведения.
6. Влияние акцентуаций характера на формирование зависимого поведения.
7. Значение аттачмента в возникновении зависимости.
8. Значение личностных факторов в возникновении зависимости.
9. Эго-системы и аддикции.
10. Моторный компонент возникновения зависимости.
11. Психический компонент зависимости.
12. Физиологический компонент зависимости.

13. Стадии формирования зависимого поведения. Переход аддиктивного поведения в зависимость.
14. Переживание скуки как триггер аддикции.
15. Аддиктивная идентичность личности в современной культуре.
16. Автоматизм в динамике аддикций.
17. Роль компульсивности в динамике аддикций.
18. Нарушение межличностных отношений и их роль в формировании аддикций.
19. Роль семейного воспитания в формировании аддикций.
20. Роль социальных факторов в формировании аддикций.
21. Возникновение наркомании с точки зрения «теории двойной неудачи».
22. Аддикции в экстремальных условиях.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации

Тест

1. *Аддикция – это...*
2. *Уход от реальности в случае аддиктивного поведения достигается двумя главными способами (выберите правильный вариант ответа):*
 - 1) избеганием проблемы и самоидентификацией;
 - 2) фармакологическим и нефармакологическим;
 - 3) фармакологическим самоуничтожающим;
 - 4) нефармакологическим и психологическим.
3. *Аддиктивная установка – это...*
4. *Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (исключите неверную):*
 - 1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
 - 2) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с плохой переносимостью кризисных ситуаций;
 - 3) стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
 - 4) стремление уходить от ответственности в принятии решений.
5. *Психоактивные вещества - это...*
6. *Вещество считается наркотическим только в том случае, если выполняются три критерия (исключите лишний):*
 - 1) медицинский;
 - 2) социальный;
 - 3) нравственный;
 - 4) юридический.
7. *Из выделенных В.Ю. Завьяловым мотивов употребления психоактивных веществ исключите не упоминаемый автором классификации:*
 - 1) социально-психологические;
 - 2) личностные;
 - 3) ситуационные;
 - 4) собственно патологические.
8. *Из приведенного списка необходимых условий формирования аддиктивного поведе-*

ния, выделенных А.Ю. Акоповым, исключите лишнее:

- 1) сдвиг перенос мотива и цели деятельности на средства достижения удовольствия;
- 2) возникновение компульсивного (непреодолимого) желания получить немедленное удовольствие;
- 3) приведение себя в измененное, приятное психическое состояние при манипулировании с нейтральными (как правило) средствами или непосредственно со своей психикой;
- 4) фиксация положительной связи средств и приятных состояний, сопровождаемых положительными эмоциями в виде эйфории.

9. Из приведенного списка **эйфоризирующих** аддиктивных состояний исключите лишнее:

- 1) просмотр спортивных зрелищ
- 2) игровая, зависимость от азартных игр
- 3) «запойное» чтение;
- 4) клепто-, пиромания.

10. Р. Бурке (Burke, 2004), используя тест на работоголизм Спенса и Роббинса, выделил три группы работоголиков (исключите лишнюю группу):

- 1) аддиктов работы;
- 2) энтузиастов работы;
- 3) увлеченных аддиктов;
- 4) патологических аддиктов.

11. Выделяются четыре стадии развития психологической зависимости от компьютерных игр (исключите неверную):

- 1) стадия интереса;
- 2) стадия увлеченности;
- 3) стадия зависимости;
- 4) стадия привязанности.

12. Ониомания – это...

13. Из приведенных критериев ониомании исключите несуществующий:

- 1) часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные;
- 2) регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось;
- 3) часто возникает желание непродолжительное время просто «пройтись» по магазинам даже без цели покупки;
- 4) чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

14. Из приведенных психологических механизмов формирования аддиктивного поведения подростков исключите несуществующий:

- 1) механизм генерализации;
- 2) механизм деформации;
- 3) механизм индукции;
- 4) механизм не востребованности в социуме.

15. Аттачмент – это...

16. Зависимость – это...

17. Из перечисленных концептуальных моделей зависимого поведения исключите несуществующую:

- 1) поведенческая модель;
- 2) системно-личностная модель;
- 3) психоаналитическая модель;
- 4) симптоматическая модель.

18. В зависимости от времени воздействия профилактические программы делятся на три категории (исключите лишнюю):

- 1) постоянно действующие;
- 2) систематически действующие;
- 3) периодически действующие;
- 4) сезонные.

19. В зависимости от основных целей, которые преследуются в профилактических программах, и тех компонентах или сфер личности, на которые они в основном направлены, выделяют (исключите несуществующую):

- 1) программы поведенческого обучения;
- 2) программы интерперсонального обучения;
- 3) программы нравственного обучения;
- 4) программы аффективного обучения.

20. На кого преимущественно рассчитаны профилактические программы когнитивно-го обучения?

- 1) На детей дошкольного возраста.
- 2) На детей в возрасте от трех до шести лет и детей младшего школьного возраста.
- 3) На детей младшего школьного возраста и подростков.
- 4) На подростков.

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Профилактика зависимостей»

1. Понятие аддикций.
2. Аддиктивное поведение и его деструктивная сущность.
3. Аддиктивная установка личности.
4. Химические аддикции: основные виды и краткая характеристика.
5. Промежуточные формы аддикций и их характеристика.
6. Гемблинг.
7. Работоголизм
8. Интернет-аддикция
9. Ониомания.
10. Зависимость от деструктивных культов.
11. Психологические механизмы возникновения аддикции.
12. Основные нейрофизиологические механизмы формирования химической зависимости.
13. Значение аттачмента в возникновении аддикции.
14. Общая характеристика зависимого поведения.
15. Концептуальные модели зависимого поведения.
16. Условия возникновения зависимого поведения.
17. Причины возникновения зависимого поведения личности.

18. Биологические факторы зависимого поведения
19. Социальные факторы формирования зависимости
20. Личностные факторы зависимости
21. Роль семьи в формировании зависимого поведения детей.
22. Основные задачи профилактики зависимостей.
23. Основные стратегии профилактической работы.
24. Виды профилактических программ.
25. Проблемы профилактики аддикций.
26. Теории профилактики аддикций.
27. Принципы построения программ профилактики зависимостей.
28. Первичная профилактика зависимостей и ее технологии.
29. Вторичная профилактика зависимого поведения и ее технологии.
30. Третичная профилактика зависимостей и ее технологии.

Список рекомендуемых источников:

1. Аршинова, В.В. Профилактика зависимого поведения : системный подход / В.В. Аршинова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 414.
2. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. [Электронный ресурс] / Е.В. Змановская. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с. - Режим доступа: <http://refdb.ru/look/1971883-p13.html>, свободный. – Загл. с экрана.
3. Короленко, Ц.П. Аддиктология : настольная книга. / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.
4. Короленко, Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. / Ц.П. Короленко. // Обзор. психиат. и мед. психол. - № 1. 1991, - с.8-15.
5. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология. [Электронный ресурс] / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск: Издательство «Олсиб», 2001 - 251с. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/2243538/>, , свободный. – Загл. с экрана.
6. Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск : Наука, 1990. – 222 с.
7. Мехтиханова, Н.Н. Психология зависимого поведения : учебное пособие [Электронный ресурс] / Н.Н. Мехтиханова, Н.Н. Мехтиханова. – Ярославль : ЯрГУ, 2005. - 124 с. – Режим доступа: <http://fictionbook.ru/static/trials/09/35/94/09359468.html#idm140527338112592>, свободный. – Загл. с экрана.
8. Пятунин, В.А. Девиантное поведение несовершеннолетних: химическая зависимость: монография / В.А. Пятунин. – М.: РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2011. – 148 с.
9. Ялтонский, В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/45945_full.shtml, свободный. – Загл. с экрана.

4. ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

4.1. Вич-инфекция как общемировая проблема

• ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 34 миллионов человеческих жизней. В 2014 году 1,2 [980000–1,6] миллиона людей в мире умерли от причин, связанных с ВИЧ.

• В конце 2014 года в мире насчитывалось примерно 36,9 [34,3–41,4] миллионов людей с ВИЧ-инфекцией, а 2 [1,9–2,2] миллиона человек в мире приобрели ВИЧ-инфекцию в 2014 году.

• Наиболее пораженным регионом является Африка к югу от Сахары – здесь в 2014 году проживало 25,8 [24,0–28,7] миллиона человек с ВИЧ. На этот регион приходится также почти 70% глобального общего числа новых ВИЧ-инфекций.

• ВИЧ-инфекцию часто диагностируют с помощью диагностических экспресс-тестов (ДЭТ), которые выявляют наличие или отсутствие антител к ВИЧ. В большинстве случаев результаты тестов можно получить в тот же день; это важно для постановки диагноза в тот же день и предоставления раннего лечения и ухода.

• Лекарства, излечивающего от ВИЧ-инфекции, нет. Однако благодаря эффективному лечению антиретровирусными препаратами (АРВ) вирус можно контролировать и предотвращать его передачу, что позволяет людям с ВИЧ и тем, кто подвергается значительному риску иметь здоровую и продуктивную жизнь.

• По оценкам, в настоящее время лишь 53% людей с ВИЧ знают о своем статусе. В 2014 году примерно 150 миллионов детей и взрослых в 129 странах с низким и средним уровнем дохода получили услуги по тестированию ВИЧ.

• В 2014 году в глобальных масштабах антиретровирусную терапию (АРТ) получали 15,8 миллиона людей с ВИЧ.

• За период с 2000 по 2015 гг. число новых ВИЧ-инфекций уменьшилось на 35%, уровни смертности, связанной со СПИДом, снизились на 24%, то есть было спасено около 7,8 миллиона человеческих жизней в результате международных усилий, которые привели к выполнению в глобальных масштабах задач по ВИЧ в рамках Целей тысячелетия в области развития.

• Расширение масштабов АРТ для охвата всех людей с ВИЧ и расширение выбора вариантов для профилактики может способствовать предотвращению 21 миллиона случаев смерти, связанной со СПИДом, и 28 миллионов новых инфекций к 2030 году.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) поражает иммунную систему и ослабляет системы контроля и защиты людей от инфекций и некоторых типов рака. Вирус разрушает и ослабляет функцию иммунных клеток, поэтому у инфицированных людей постепенно развивается иммунодефицит. Иммунная функция обычно измеряется числом клеток CD4. Иммунодефицит приводит к повышенной чувствительности к широкому ряду инфекций и болезней, которым могут противостоять люди со здоровыми иммунными системами. Самой поздней стадией ВИЧ-инфекции является Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), который у разных людей может развиваться через 2-15 лет. Для СПИДа характерно развитие некоторых типов рака, инфекций или других тяжелых клинических проявлений.

Признаки и симптомы

Симптомы ВИЧ варьируются в зависимости от стадии инфекции. На протяжении нескольких первых месяцев люди с ВИЧ, как правило, наиболее заразны, но многие из них узнают о своем статусе лишь на более поздних стадиях. На протяжении нескольких первых недель после инфицирования у людей может не появляться никаких симптомов или развиваться гриппоподобная болезнь, включая лихорадку, головную боль, сыпь или боль в горле.

По мере того как инфекция постепенно ослабляет иммунную систему, у людей могут развиваться другие признаки и симптомы, такие как опухшие лимфоузлы, потеря веса, лихо-

радка, диарея и кашель. При отсутствии лечения у них могут развиваться такие тяжелые болезни, как туберкулез, криптококковый менингит, такие онкологические заболевания, как лимфомы и саркома Капоши, и другие.

Передача инфекции

ВИЧ может передаваться через разные жидкости организма инфицированных людей, такими как кровь, грудное молоко, семенная жидкость и вагинальные выделения. Люди не могут заразиться при обычных повседневных контактах, таких как поцелуи, объятия и пожатие рук, или при совместном пользовании личными предметами и употреблении продуктов питания или воды.

Факторы риска

Формы поведения и условия, повышающие риск заражения людей ВИЧ, включают следующие:

- незащищенный анальный или вагинальный секс;
- наличие другой инфекции, передаваемой половым путем, такой как сифилис, герпес, хламидиоз, гонорея и бактериальный вагиноз;
- совместное пользование зараженными иглами, шприцами и другим инъекционным оборудованием и растворами наркотиков при употреблении инъекционных наркотиков;
- небезопасные инъекции, переливания крови, медицинские процедуры, включающие нестерильные разрезы или прокалывание;
- случайные травмы от укола иглой, в том числе среди работников здравоохранения.

Диагностирование

Серологические тесты, такие как ДЭТ или иммуноферментный анализ (ИФА), выявляют наличие или отсутствие антител к антигенам ВИЧ-1/2 и/или ВИЧ-р24. Проведение таких тестов в рамках стратегии тестирования в соответствии с утвержденным алгоритмом тестирования позволяет выявлять ВИЧ-инфекцию с высокой степенью точности. Важно отметить, что серологические тесты не выявляют напрямую сам ВИЧ, а обнаруживают антитела, вырабатываемые организмом человека в процессе борьбы его иммунной системы с чужеродными патогенами.

У большинства людей антитела к ВИЧ-1/2 вырабатываются в течение 28 дней, и поэтому на ранней стадии инфекции, в течение так называемого периода серонегативного окна, антитела не выявляются. Этот ранний период инфекции является периодом наибольшей инфекционности, однако передача ВИЧ может происходить на всех стадиях инфекции.

Надлежащей практикой является проведение повторного тестирования всех людей, первоначально диагностированных как ВИЧ-позитивные, до их включения в программы по уходу и/или лечению для исключения каких-либо потенциальных ошибок в тестировании или отчетности.

Риск ВИЧ-инфицирования можно снизить путем ограничения воздействия факторов риска. Основные подходы к профилактике ВИЧ, используемые часто в сочетании, включают следующие:

1. Использование мужских и женских презервативов

Правильное и постоянное использование мужских и женских презервативов во время вагинального или анального секса может защитить от распространения инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ. Фактические данные свидетельствуют о том, что мужские латексные презервативы защищают на 85% или более от передачи ВИЧ и от других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

2. Услуги по тестированию на ВИЧ и ИППП

Всем людям, подвергающимся воздействию каких-либо факторов риска, настоятельно рекомендуется тестирование на ВИЧ и другие ИППП с тем, чтобы они могли узнать о своем

инфекционном статусе и незамедлительно получить доступ к необходимым услугам по профилактике и лечению. ВОЗ также рекомендует предлагать тестирование партнерам или парам.

Туберкулез является самой распространенной болезнью среди людей с ВИЧ. Без выявления и лечения он приводит к смертельному исходу и является основной причиной смерти среди людей с ВИЧ – примерно каждый четвертый случай смерти, связанной с ВИЧ, происходит в результате туберкулеза. Раннее выявление этой инфекции и незамедлительное предоставление противотуберкулезных препаратов и АРТ могут предотвращать эти случаи смерти. Настоятельно рекомендуется включать скрининг на туберкулез в услуги по тестированию на ВИЧ и незамедлительно предоставлять АРТ всем людям, у которых диагностированы ВИЧ и активный туберкулез.

3 Использование антиретровирусной терапии (АРТ) для профилактики

3.1. Антиретровирусная терапия (АРТ) в качестве профилактики

Испытание, проведенное в 2011 году, показало, что в случае соблюдения ВИЧ-позитивным человеком эффективной схемы АРТ риск передачи вируса его неинфицированному сексуальному партнеру может быть снижен на 96%. Рекомендация ВОЗ в отношении АРТ для всех людей с ВИЧ будет способствовать значительному снижению уровней передачи ВИЧ.

3.2 Предэкспозиционная профилактика (ПрЭП) для ВИЧ-негативного партнера

Пероральная ПрЭП ВИЧ — это ежедневный прием людьми, неинфицированными ВИЧ, АРВ в целях предотвращения ВИЧ-инфицирования. Было проведено более 10 рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших эффективность ПрЭП в снижении уровней передачи ВИЧ среди целого ряда групп населения, включая серодискордантные гетеросексуальные пары (пары, в которых один партнер инфицирован, а другой — нет), мужчин, имеющих секс с мужчинами, женщин, изменивших половую принадлежность, гетеросексуальные пары высокого риска и потребителей инъекционных наркотиков.

В сентябре 2015 года ВОЗ опубликовала «Руководство в отношении начала антиретровирусной терапии и предэкспозиционной профилактики ВИЧ», в котором ПрЭП рекомендуется в качестве одного из вариантов профилактики для людей, подвергающихся значительному риску ВИЧ-инфицирования, в качестве составной части комбинированных подходов к профилактике.

3.3 Постэкспозиционная профилактика ВИЧ (ПЭП)

Постэкспозиционная профилактика (ПЭП) — это применение АРВ в течение 72 часов после воздействия ВИЧ для предотвращения инфекции. ПЭП включает консультирование, оказание первой помощи, тестирование на ВИЧ и проведение 28-дневного курса лечения АРВ с последующей медицинской помощью. В новом дополнении, выпущенном в декабре 2014 года, ВОЗ рекомендует проводить ПЭП в случае воздействия как связанного, так и не связанного с работой, а также для взрослых и детей. Новые рекомендации содержат упрощенные схемы приема АРВ, уже используемые для лечения. Осуществление новых руководящих принципов позволит упростить назначение лекарственных препаратов, улучшить соблюдение медицинских предписаний и повысить показатели полного завершения ПЭП для профилактики ВИЧ у людей, случайно подвергшихся воздействию ВИЧ, таких как работники здравоохранения, или у людей, подвергшихся воздействию ВИЧ в результате незащищенного секса или сексуальной агрессии.

4. Уменьшение вреда для потребителей инъекционных наркотиков

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, могут соблюдать меры предосторожности для предотвращения ВИЧ-инфекции путем использования стерильного инъекционного оборудования, включая иглы и шприцы, для каждой инъекции. Полный пакет профилактики и лечения ВИЧ включает:

- программы по распространению игл и шприцев,

- опиоидную заместительную терапию для потребителей наркотиков и лечение зависимости от других психоактивных средств на основе фактических данных,
- тестирование и консультирование в отношении ВИЧ,
- лечение и уход при ВИЧ,
- обеспечение доступа к презервативам, и
- ведение ИППП, туберкулеза и вирусного гепатита.

5. Ликвидация передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Передача ВИЧ от ВИЧ-позитивной матери ее ребенку во время беременности, схваток, родов или грудного вскармливания называется вертикальной передачей инфекции, или передачей инфекции от матери ребенку (ПИМР). При отсутствии каких-либо мер вмешательства показатели передачи ВИЧ от матери ребенку варьируются в пределах 15-45%. Такую передачу инфекции можно почти полностью предотвратить при условии, что и мать и ребенок получают АРВ на стадиях, когда может произойти инфицирование.

ВОЗ рекомендует ряд вариантов предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, которые включают предоставление АРВ матерям и детям во время беременности, родов и в послеродовой период или предложение пожизненного лечения для ВИЧ-позитивных беременных женщин независимо от их числа CD4.

В 2014 году 73% [68–79%] из предположительно 1,5 [1,3-1,6] миллиона беременных женщин с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода получали эффективные антиретровирусные препараты для предотвращения передачи инфекции их детям.

В 2015 году ВОЗ выпустила новое «Руководство в отношении начала антиретровирусной терапии и предэкспозиционной профилактики ВИЧ». Согласно его рекомендациям все люди, инфицированные ВИЧ, должны начинать антиретровирусную терапию как можно раньше после постановки диагноза.

К середине 2015 года 15,8 миллиона человек с ВИЧ в мире получали АРТ. К концу 2014 года 40% [37–45%] всех людей с ВИЧ получали АРТ.

С учетом новых рекомендаций ВОЗ в отношении лечения всех людей с ВИЧ и предложения антиретровирусных препаратов в качестве дополнительного варианта профилактики людям, подвергающимся «значительному» риску, число людей, отвечающих критериям антиретровирусной терапии, возрастает с 28 миллионов до 37 миллионов человек. Расширение доступа к лечению является одной из центральных задач, выдвинутых на 2020 год с целью ликвидации эпидемии СПИДа к 2030 году.

Деятельность ВОЗ

Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила новую Глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ на 2016-2021 годы. Стратегия включает пять стратегических направлений, которыми должны руководствоваться страны и ВОЗ в своих приоритетных действиях в ближайшие шесть лет. Это:

- Стратегическое направление 1: Информация для целенаправленных действий (знать свою эпидемию и ответные действия).
- Стратегическое направление 2: Меры вмешательства для достижения воздействия (охват всего комплекса необходимых услуг).
- Стратегическое направление 3: Предоставление услуг с соблюдением принципа справедливости (охват групп населения, нуждающихся в услугах).
- Стратегическое направление 4: Финансирование в целях соблюдения устойчивости (покрытие расходов на услуги)
- Стратегическое направление 5: Инновации в целях ускорения (смотреть в будущее).

В настоящее время ВОЗ разрабатывает новую стратегию для ответных мер глобального сектора здравоохранения на ВИЧ в 2016-2021 годах. ВОЗ является одним из спонсоров Со-

вместной программы Организации Объединенных Наций по СПИДу (ЮНЭЙДС). В рамках ЮНЭЙДС ВОЗ руководит работой по таким направлениям, как лечение и уход при ВИЧ и коинфекция ВИЧ и туберкулеза, и вместе с ЮНИСЕФ координирует работу по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку.

В г. Магнитогорске Челябинской области с начала выявления первых случаев ВИЧ-инфекции в 1997 году на 01.11.2016г. лабораторным методом определено 5322 случая ВИЧ-инфекции.

Следует отметить, регулярное информирование жителей о заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Магнитогорске дает положительный результат. А именно прирост новых случаев ВИЧ-инфекции снизился 33% (в 2015 году) до 5% (за 10 месяцев 2016 года). Все же заболеваемость для нашего города остается высокой. За 10 месяцев текущего года выявлено 572 новых случая заражения ВИЧ.

Поддержание высокой заболеваемости обусловлено распространением ВИЧ-инфекции не только среди лиц с рискованным в отношении заражения ВИЧ-инфекции поведением, но и среди их половых партнеров. Среди лиц с ВИЧ-инфекцией выявленных в 2016 году половой путь заражения преобладает - 57%, через инъекционные наркотики заразились – 42%.

Среди новых случаев заболевания преобладали мужчины – 61%. По возрастной структуре лица старше 30 лет составляют 69%. Зарегистрировано 8 случаев ВИЧ-инфекции среди детей до 14 лет, из них 6 случаев являются результатом передачи ВИЧ от матери ребенку. Выявлено 2 ВИЧ-инфекции случая среди школьников, 3 случая среди подростков 15-17 лет.

ВИЧ-инфекцией болеют все социальные слои населения, риск заражения не зависит от социального благополучия или уровня образования. В зоне риска скорее лица не желающие принимать для себя информацию о реальной ситуации по ВИЧ-инфекции, не желающие знать свой ВИЧ-статус.

2016 год объявлен годом начала широкого добровольного тестирования населения на ВИЧ-инфекцию в Российской Федерации. Особенно активно организовано тестирование на ВИЧ в наиболее пораженных заболеванием территориях, к которым относятся и Челябинская область.

В Магнитогорске в рамках проведенных акций добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию прошли 501 горожанин, приняло участие в анкетировании по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции 775 человек.

Социально-уязвимые группы – это сообщества людей, в силу различных причин оказавшихся не способными на контроль за определенными обстоятельствами своей жизни.

В социально уязвимые группы заражения ВИЧ-инфекцией попадают МСМ (мужчины, предпочитающие секс с мужчинами), СР (сексуальные работницы), ПИН (потребители инъекционных наркотиков) и люди, отбывающие наказание или освободившиеся из мест лишения свободы. Все названные группы – это категории людей с девиантным поведением. В большинстве случаев данные формы девиантного поведения взаимосвязаны и имеют свои истоки в семье или особенностях протекания процессов развития и социализации в подростковом возрасте [ВОЗ ВИЧ-СПИД бюллетень № 360, июль 2016 год).

Вопросы для обсуждения

1. Кого относят к социально уязвимым группам населения?
2. Кто попадает в социально уязвимые группы заражения ВИЧ-инфекцией?
3. Каковы психологические особенности этих групп?
4. Назовите способы распространения ВИЧ-инфекции.
5. Основные подходы к профилактике ВИЧ
6. Что такое стигмация?

7. Что включает в себя уменьшение вреда для потребителей инъекционных наркотиков?

Практическое занятие по теме

Проводится в малых группах. Предлагается следующий план практического занятия.

1. Разделить участников на 2 группы. Задания для групп:

- Нарисовать детальный портрет одного из представителей социально уязвимых групп к ВИЧ (первая группа работает над женским образом, вторая – над мужским).
- Составить «персональную историю» выдуманного героя, его анкетные данные.
- Подготовить выступление об этом человеке (одна минута).

2. Провести презентацию групп о представителе социально уязвимых групп, задать уточняющие вопросы.

3. После презентации развесить плакаты с образами людей, имеющих повышенный риск к заражению ВИЧ. Предложить участникам выделить общие стереотипы, касающиеся восприятия социально уязвимых групп, обсудить, каких стереотипов больше: позитивных или негативных, и как это может отразиться на процессе взаимодействия специалистов с клиентами из социально уязвимых групп.

4. Сделать вывод о том, что предвзятое отношение к социально уязвимым группам приводит к нарушению установления доверительных контактов с данной категорией клиентов и распространению эпидемии ВИЧ. Обсудить способы преодоления нежелательной негативной установки по отношению к ПИН, МСМ, СР и лиц, вышедших из мест лишения свободы.

4.2. Основы профилактики ВИЧ-инфекции

Современная наука выделяет несколько подходов к профилактике.

Подход, основанный на распространении информации о вреде и опасностях рискованного поведения. Суть подхода сводится к изложению фактов об опасности рискованного поведения (потребления табака, алкоголя, наркотиков, проституции и др.) и о социальных, правовых, медицинских последствиях данного поведения (в частности, злоупотребления ими). Обучающие профилактические программы ориентированы на познавательные аспекты принятия решения как особенно важные в поведенческом плане. Существуют три различных варианта информационного подхода: предоставление частичной информации о фактах влияния социального негативного явления (употребления наркотиков) на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности наркомании; стратегия запугивания, вызывания страха, цель которой – предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные стороны негативного явления (употребления наркотиков); предоставление информации об изменениях личности людей, употребляющих наркотики, занимающихся проституцией, и о проблемах, с этим связанных.

Подход, основанный на эмоциональном обучении. В рамках этой концепции уделяется внимание развитию навыков распознавания и выражения эмоций, повышению самооценки, определению значимых для индивида ценностей, развитию навыков общения и принятия решений. Недостатками данного подхода являются односторонность, ограниченность в определении причины возникновения рискованного поведения (неполноценности эмоциональной сферы).

Подход, основанный на роли социальных влияний. Подход направлен на обучение человека умению противостоять давлению сверстников и средств массовой информации, способствующих началу употребления наркотиков и др.

Подход, основанный на формировании жизненных навыков. Основной набор жизненных навыков включает в себя: творческое и критическое мышление, эффективное общение, принятие решений и решение проблем, самоосознание, сопереживание, навыки

личных взаимоотношений, умение управлять эмоциями и совладать со стрессом. Цель программ, способствующих формированию жизненных навыков, в повышении у населения устойчивости к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков, в повышении индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам.

Подход основанный на деятельности, альтернативной рискованному поведению (потреблению наркотиков, алкоголя и др.). Концепция поведенческой альтернативы базируется на предложении специфической, позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает сильные эмоции и предполагает преодоление различного рода препятствий; комбинации специфических личностных потребностей со специфической позитивной активностью (занятия спортом, искусством, общественно-полезным трудом и др.); поощрение участия во всех видах такой специфической активности; создание групп поддержки, состоящих из участников, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции. Программы данного подхода особенно эффективны для групп высокого риска (употребление наркотических средств и другие формы отклоняющегося поведения).

Подход, основанный на укреплении здоровья. Укрепление здоровья – это процесс, помогающий индивидуумам и общественным группам усилить контроль за определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. Эта стратегия в сжатом виде выражается фразой «делать здоровый выбор максимально доступным».

Подход Руперта Вилкинсона, основанный на изменении культуры употребления алкоголя. Основными положениями данного подхода являются позиции, говорящие о том, что употребление алкоголя должно быть интегрировано в социальный контекст в широком смысле этого слова (иначе говоря, употребление алкоголя не должно быть смыслом жизни или отдельно взятой вечеринки, а вместо этого должно стать просто дополнением к другим видам деятельности); создание в обществе низкого уровня эмоциональности, связанной с алкогольными напитками; должна быть проведена четкая грань между нормальным употреблением алкогольных напитков и пьянством; после того, как достигнута определенность по поводу того, где начинается пьянство, на него нужно наложить строгий запрет.

Подход, основанный на снижении вреда. Термин «снижение вреда» используется в контексте ВИЧ/СПИДа. ВОЗ использует этот термин для обозначения комплекса научно обоснованных мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ и последствий ВИЧ/СПИДа при потреблении инъекционных наркотиков. Однако этот подход также эффективен в отношении передозировки и других негативных последствий для здоровья человека и благополучия общества. Деятельность участников профилактики фокусируется на минимизации негативных последствий употребления наркотиков на личность и общество, даже если она временно поддерживает безопасное употребление наркотиков. Уменьшение вреда выстраивает иерархию целей, намечая наиболее насущные и реалистичные, которые должны быть достигнуты на первых шагах в направлении безопасного использования или воздержания. Это прагматический подход, который выявляет, что воздержание не может быть ни реальной, не желаемой целью для многих людей, особенно в краткосрочном аспекте.

Традиционно борьбу с потреблением наркотиков принято проводить на основе абстинционизма, то есть действий, направленных на снижение потребления наркотиков в обществе за счет добровольного или принудительного отказа. Исторический анализ показал, что борьба со злоупотреблением наркотиков на основе принудительных мер ассоциируется и приводит к насилию, росту криминальных ситуаций, коррупции, переполнению тюрем и другим отрицательным последствиям, что в конечном итоге, может привести к негативному эффекту, порой даже более опасному, нежели само потребление наркотиков. В связи с этим возник вопрос о поиске других подходов, альтернативных запретным мерам. Одним из таковых явилась философия снижения вреда.

Снижение вреда является относительно новой концепцией. Она подразумевает, что по-

ребление наркотиков практически всегда имеет место в любом обществе, несмотря на активное противодействие в виде карательных мер, запретов или просвещения и воспитания. Поскольку данная ситуация является неизбежной, необходимо проведение мер по ограничению вредного влияния злоупотребления наркотиков на здоровую часть общества, то есть снижения потенциального вреда. Таким образом, концепция снижения вреда направлена, прежде всего, на ограничение и профилактику отрицательных последствий злоупотребления наркотиками. Тем самым данный подход создает реальные условия и здоровую основу для борьбы и с самим потреблением наркотиков.

Следует отметить, что абстинционизм и снижение вреда не являются взаимоисключающими подходами, несмотря на принципиальные различия между ними. Согласно концепции снижения вреда, добровольный отказ от наркотиков в большинстве случаев является нереальным, а, как указывалось выше, мероприятия, направленные лишь на запрет, могут привести к усугублению вредных последствий злоупотребления, что в конечном счете может привести к отрицательному эффекту. Вместе с тем, рассматривая абстинционизм как нереальный или малоэффективный подход, с точки зрения «снижения вреда», в долгосрочной перспективе отказ от наркотиков должен все же иметь место. Необходимо стремиться к гармоничному сочетанию мер по снижению вреда с мероприятиями, направленными на ограничение употребления наркотиков, основанными на разъяснительной работе, профессиональной подготовке работников образования, общественных лидеров и т.д. Именно в таком подходе заключается философия снижения вреда, предусматривающая единство альтернативных взглядов на столь важную социальную проблему, как злоупотребление наркотиков. По своей сути, философия снижения вреда предусматривает иерархию целей. В основе ее лежат прагматические задачи по немедленному ограничению общества от вредного влияния наркопотребления. Конечной же целью является снижение уровня потребления наркотиков за счет разумного применения методов, относящихся к абстинционизму.

Основные принципы работы по снижению вреда включают:

- акцент на достижение краткосрочных прагматических целей, основанных на иерархии риска;
- акцент на уменьшении вреда, как для человека, так и для общества в целом;
- вовлечение в работу по разработке и проведению программ активных потребителей наркотиков.

Типичная иерархия целей снижения вреда выглядит следующим образом:

- сокращение уровня совместного использования инъекционного оборудования;
- сокращение частоты инъекционного употребления;
- снижение уровня использования уличных наркотиков;
- снижение уровня использования рецептурных наркотиков;
- увеличение числа людей, воздерживающихся от наркотиков.

В последние годы особый интерес к концепции снижения вреда связан с эпидемией ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Серьезное беспокойство вызывает перспектива распространения ВИЧ-инфекции от группы инфицированных потребителей наркотиков на остальные группы населения. Подобное распространение происходит, в основном, по гетеросексуальному пути через так называемые «мостовые группы». К таковым относятся работницы коммерческого секса, потребляющие наркотики, а также сексуально-активные наркопотребители. Наибольшее беспокойство вызывает скорость распространения инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, которая чрезвычайно высока.

Разумным подходом оказалась борьба с распространением ВИЧ среди инъекционных наркопотребителей путем предоставления им чистых игл и шприцев, либо помощи в дезинфекции данного инструментария. Таким образом, возникли первые пункты обмена шприцев, явившиеся основным компонентом программ по снижению вреда, направленных на борьбу с

распространением ВИЧ-инфекции.

Основными принципами концепции снижения вреда являются следующие:

– прагматизм: снижение вреда предусматривает то, что существование определенной группы людей, потребляющих наркотические средства, является неизбежным, и определенный уровень наркопотребления допустим для любого общества;

– гуманные намерения: прием наркотиков должен рассматриваться в качестве сознательного решения. При этом так же, как поддержку такого поведения, «моралистический» подход и осуждение следует считать недопустимыми. Важно уважать достоинство наркопотребителя. Фокусирование на вредных последствиях: не следует фокусироваться на объеме потребляемого наркотика. Важнее уделять внимание вредным последствиям наркопотребления.

Интегративный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий (компонентов), использующихся при реализации вышеперечисленных подходов.

Модели профилактической работы

Образовательная модель профилактики основана на применении воспитательно-педагогических методов в деятельности специалистов образовательных учреждений, направлена на формирование знаний о социальных и психологических последствиях рискованного поведения с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от рискованного поведения (например, приема ПАВ).

Медицинская модель профилактики ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия рискованного поведения и предусматривает применение лекционного метода с целью информирования о негативных последствиях рискованного поведения (приема наркотических и иных психоактивных средств) на физическое и психическое здоровье при совместной деятельности специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений. Деятельность в рамках данной модели направлена на формирование у населения знаний о негативном воздействии рискованного поведения (например, наркотических и других психоактивных веществ) на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий рискованного поведения – заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Психосоциальная модель профилактики базируется на совместной деятельности специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленной на формирование у населения личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от рискованного поведения (например, от приема психоактивных веществ), а также развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Социокультурная модель профилактики основывается на положении о том, что социальные нормы прямо влияют на употребление или злоупотребление психоактивными веществами. Используется в усилиях, направленных на предотвращение употребления алкоголя. Модель состоит из трех основных компонентов: подчеркивание культурных нормативов; необходимость включить принятие алкоголя в социально значимую деятельность; фокусирование внимания на развитии культуры употребления алкоголя.

Потребительская модель профилактики предусматривает опору на три основных положения: процент сильно пьющих людей прямо зависит от среднего уровня потребления алкоголя в данном обществе; снижение потребления алкоголя в данной культуре будет сопровождаться снижением числа хронически больных алкоголиков; увеличение сильного потребления алкоголя повышает вероятность возникновения связанных с ним негативных последствий в духовной, физической и социальной сферах; общество должно пытаться уменьшить

негативные последствия употребления алкоголя ограничением его доступности.

Запрещающая модель профилактики предполагает реализацию принципа: если нет употребления психоактивного вещества, то и нет самой проблемы. Употребление какого-либо вещества видится не как общественная проблема, а как продукт какого-то изъяна человеческого характера. Цели запрещающей модели заключаются в запрещении доступности и воздержании от использования психоактивного вещества. Главным недостатком этого подхода является то, что в его рамках пытаются решить сложную проблему простыми методами.

Модель профилактики «Нулевая толерантность» ориентирована на выработку нулевой терпимости к любому наркотику в любом количестве, в любом месте, в любое время. Однако замечено, что если будет арестован даже небольшой процент из тех, кто употребляет наркотики, то судебная система просто погрязнет в делах, даже если большинство из них признает свою виновность. Существует мнение, что больше нужно заниматься производителями и торговцами наркотиков.

Комплексная модель профилактики разработана в графстве Мерсисайд (Великобритания), которая включает обучение способам менее опасного инъекционного введения наркотиков, заместительную терапию (не метадонovou), метадонovou терапию, а также профилактическую работу с людьми, не употребляющими наркотики.

Принципы профилактической работы

Профилактическая деятельность базируется на принципах:

– *комплексности* – согласованное взаимодействие: на межведомственном уровне (органы и учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты населения, правоохранительные органы и др.); на профессиональном уровне (воспитатели, педагоги, дошкольные, школьные и медицинские психологи, врачи, наркологи, социальные педагоги и специалисты по социальной работе, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних); в системе образования (органов управления образованием на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, а также образовательных учреждений);

– *дифференцированности* – дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов профилактики с учетом возраста, индивидуальных особенностей и др.;

– *аксиологичности* – принцип включает формирование мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, законопослушности, уважении к человеку, государству, окружающей среде и др., которые являются ориентирами и регуляторами поведения;

– *многоаспектности* – сочетание различных направлений целевой профилактической деятельности. Ведущими аспектами профилактической деятельности являются: социальный аспект (ориентирован на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни, отрицательного отношения к пробе и приему психоактивных веществ, в т.ч. наркотиков, меняющих психическое состояние); психологический аспект (направлен на формирование стрессоустойчивых личностных установок, позитивно-когнитивных оценок, а также навыков «быть успешным», быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации, включая ситуацию предложения наркотиков); образовательный аспект (формирует систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях рискованного поведения);

– *последовательности* – предусматривает, что ее цели и задачи должны быть разделены на общие стратегические и частные; на каждом этапе возможность реализации поставленных целей и задач должна быть поддержана соответствующим целевым финансированием; для обеспечения последовательности в реализации системной профилактики в нее должен входить социально-психологический мониторинг, ориентированный не только на оценку

субъективных и объективных факторов распространенности наркотиков, но и на формирование структур и элементов системы сдерживания распространения, системы социально-психологической поддержки;

– *легитимности* – предусматривает необходимую правовую базу антинаркотической профилактической деятельности (все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, которые в пределах своей компетенции и статуса обязаны заниматься профилактикой; права и обязанности человека, которые затрагиваются в различной степени, когда по отношению к ним осуществляются активные профилактические мероприятия).

Уровни, объекты, цели, направления работы на различных уровнях организации профилактической деятельности

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

Объекты первичной профилактики – граждане, несклонные к рискованному поведению (употреблению наркотических, токсических средств и психотропных веществ), а также граждане, имеющие рискованное поведение (употребляющие наркотические, токсические средства и психотропные вещества, у которых еще не возникла зависимость от них; группы риска: потребители наркотиков, лица, оказывающие платные сексуальные услуги, гомосексуальное сообщество).

Целями первичной профилактической деятельности по предотвращению злоупотребления ПАВ и наркомании в образовательной среде являются: изменение ценностного отношения человека к рискованному поведению (приему наркотиков), формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества; сдерживание вовлечения населения в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

Стратегия первичной профилактики. Современная концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании основана на том, что в центре ее должны находиться личность человека и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность – семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение. Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у людей социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ; формирование ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку человеку, начавшему употреблять наркотики, и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков; внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от рискованного поведения; развитие социально-поддерживающей инфраструктуры.

Первичная профилактика включает превентивное обучение, запрещение пропаганды рискованного поведения (наркотических, токсических средств и психотропных веществ, социальный менеджмент, психологическое консультирование и психотерапию, информирование населения о причинах наркомании и токсикомании.

1. *Превентивное обучение* предполагает обучение граждан, в том числе несовершеннолетних с согласия их родителей, по программам здорового образа жизни; раннее воспитание внутренней системы запретов на аддиктивное поведение, а также воспитание неаддиктивной системы получения удовольствий и снятия напряжения; обучение родителей (лиц, их заменяющих) навыкам бесконфликтного общения с детьми; обучение специалистов в сфере про-

филактики рискованного поведения (наркомании и токсикомании) и навыкам раннего выявления аддиктивного поведения; проведение профилактических бесед и иные способы профилактической работы; перспективные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа. *Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИД*: задача этого направления – обеспечить предоставление всесторонней и точной информации о путях заражения ВИЧ и мерах их предупреждения; обстоятельствах, повышающих риск заражения. *Обучение ответственному поведению*: реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

2. *Запрещение пропаганды наркотических, токсических средств и психотропных веществ* предполагает запрещение: пропаганды деятельности физических и юридических лиц, направленной на распространение сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, о местах приобретения наркотических и психотропных веществ, а также пропаганду сведений об описании состояния наркотического и токсического опьянения; производства и распространения книжной продукции, продукции в средствах массовой информации, распространения в компьютерных сетях сведений о способах, методах разработки, изготовления и использования, местах приобретения наркотических и психотропных веществ или совершение иных действий в этих целях.

3. *Социальный менеджмент* включает деятельность по созданию общественных организаций, иных общественных объединений, пропагандирующих здоровый образ жизни и обеспечение их развития; деятельность по созданию зон досуговой жизнедеятельности несовершеннолетних (детские клубы и кружки, спортивные секции, оздоровительные, спортивные лагеря и другие); проведение молодежных и иных мероприятий с целью пропаганды здорового образа жизни; деятельность по расширению социальной рекламы ценностей здорового образа жизни.

4. *Психологическое консультирование и психотерапия* включают психологическое консультирование семей, входящих в группу риска; поведенческую терапию граждан, в том числе несовершеннолетних, с девиантным поведением; психотерапию граждан, в том числе несовершеннолетних, с различными формами социальной дезадаптации; психологическое консультирование и поддержку по телефону доверия граждан, в том числе несовершеннолетних, из групп риска. Основными формами первичной профилактики ВИЧ-инфекции являются программы обмена шприцев, наркологические службы, аутрич, группы поддержки для ПИН, секс-работников, МСМ, консультирование по безопасному поведению.

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни.

Объекты вторичной профилактики – граждане, имеющие заболевание (со сформировавшейся зависимостью от наркотических, токсических средств и психотропных веществ). Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с рискованным поведением (употреблением наркотических средств), но не обнаруживают признаков болезни.

Цель вторичной профилактики – преодоление физической и психической зависимости от наркотических, токсических средств и психотропных веществ.

Важнейшими составными частями вторичной профилактики являются: создание системы раннего выявления потребителей ПАВ, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квалифицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.

Задачи вторичной профилактики: выявление граждан, страдающих наркоманией и ток-

сикоманией; диагностика типа и степени зависимости, а также факторов, предрасполагающих к возникновению зависимости, провоцирующих и поддерживающих эту зависимость; осуществление комплекса лечебных мероприятий, направленных на проведение детоксикации; оказание неотложной наркологической помощи; преодоление физической зависимости; преодоление психической зависимости; лечение заболеваний, сопутствующих наркомании и токсикомании; формирование среды, поддерживающей здоровый образ жизни, в ближайшем социальном окружении лиц, страдающих наркоманией и токсикоманией, посредством психотерапевтических мероприятий. Координация деятельности на этапе вторичной профилактики находится в компетенции уполномоченного исполнительного органа государственной власти по здравоохранению.

Третичная профилактика злоупотребления ПАВ, или реабилитация – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, алкоголизм и др.) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Объекты третичной профилактики – лица, прошедшие курс лечения на этапе вторичной профилактики (граждане, в том числе несовершеннолетние, находящиеся в ремиссии, но имеющие социальное окружение, провоцирующее аддиктивное поведение), либо лица с аддиктивным поведением.

В качестве цели реабилитации рассматривается возвращение человека к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от психоактивных веществ, восстановления (или формирования) его нормативного личностного и социального статуса. Основными задачами реабилитации являются формирование осознанной мотивации (установок) на включение в реабилитационный процесс, последующее продолжительное участие в нем и окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ; создание реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование у реабилитируемых социально-приемлемых личностных и поведенческих навыков (качеств), способствующих их реадaptации и ресоциализации; коррекция и развитие структуры позитивной личности; осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение срывов и рецидивов; восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей со значимыми другими лицами и с ближайшим социальным окружением; формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, обеспечения социальной поддержки и правовой защиты.

Реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, является комплексной. Она осуществляется бригадой специалистов (педагогов, психологов, медицинских работников и специалистов по социальной работе).

Система реабилитационных мероприятий включает в себя медико-психологическую реабилитацию (мероприятия для потребителей наркотических, токсических средств и психотропных веществ без физической зависимости, но сохраняющих психологическую зависимость, и направленных на формирование отказа у граждан от аддиктивного поведения); социально-психологическую реабилитацию (мероприятия для потребителей наркотических, токсических средств и психотропных веществ без выраженной психологической зависимости от них и направленных на удержание ремиссии, формирование неаддиктивного социального окружения); социальную реабилитацию (мероприятия для лиц, избавившихся от физической и психологической зависимости от наркотических, токсических средств и психотропных веществ, и направленных на удержание неаддиктивного социального окружения).

Виды программ в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

Мероприятия по снижению вреда направлены на уменьшение негативных медицинских, социальных и экономических последствий потребления психоактивных веществ для самих потребителей, их семей и окружения, не требуя обязательного воздержания от наркотиков или сокращения их потребления. Адекватная и доступная поддержка со стороны непредвзято настроенного медицинского персонала через специальные программы на местах и работа с населением продемонстрировали на практике свою высокую эффективность. Комплексные программы снижения вреда позволяют сократить заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ПИН.

Ключевые компоненты эффективной *программы снижения вреда* для потребителей наркотиков включают: работу с населением (аутрич), особенно с привлечением бывших ПИН; предоставление информации, способствующей изменению поведения (о мерах по снижению риска; обеспечение доступности игл и шприцев и возврата использованных); лечение наркозависимости, в частности предоставление ЗТО; консультирование и тестирование на ВИЧ; распространение презервативов, профилактику и лечение ИППП; первичную медицинскую помощь, включая вакцинацию против гепатита В, лечение венозных осложнений, язв и абсцессов, лечение отравлений при передозировке наркотиков; благоприятную государственную и правовую политику.

В *программах индивидуальной профилактической работы* с клиентами, имеющими проблему зависимости, специалист может обратить внимание на позитивные стороны личности; помочь в осознании ответственности за выбор стратегии поведения; содействовать в определении шагов по выходу из проблемной ситуации; способствовать осознанию необходимости обращения к специалистам. *Программы групповой профилактической работы* могут быть разработаны как информационно-пропагандистские, ролевые, игровые, деловые, досуговые. Профилактическая работа проводится преимущественно через две основные формы: проведение бесед, чтение лекций, практикумов специалистами в родительской аудитории и консультирование по воспитательным, психологическим проблемам развития и поведения ребенка.

Программы сопровождения в профилактике ВИЧ-инфекции предполагают следующие особенности в технологии их построения. Прежде всего необходимо определить, как и на какой базе будут возникать специализированные службы сопровождения, работающие с клиентами. Следующим шагом должно стать построение и налаживание механизма взаимодействия этих служб с клиентами и с другими службами, предоставляющими клиентам программы необходимые услуги. Для того, чтобы это состоялось, необходимо понять, как и зачем работает служба сопровождения, каковы принципы организации системы взаимодействия служб, предоставляющих соответствующие услуги. Содержание и суть программы определяются спецификой целевой группы и существующим контекстом, в котором эта программа реализуется. Среди программ социального сопровождения в контексте ВИЧ/СПИДа можно выделить две основные группы: программы, целью которых является профилактика распространения ВИЧ-инфекции; программы, направленные на поддержку людей, живущих с ВИЧ.

Программы, направленные на поддержку людей, живущих с ВИЧ, предполагают «клиент-центрированную деятельность, при помощи которой координируется предоставление услуг людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Целью их деятельности является улучшение состояния здоровья клиентов и их способности к самостоятельной жизни». Можно также выделить *специализированные программы социального сопровождения* для семей осужденных, которые находятся на этапе подготовки к освобождению, бывших осужденных в период после освобождения и для потребителей наркотиков. Цель этих программ – социальная адаптация, способствующая профилактике распространения ВИЧ-инфекции. Стратегия – изменение условий жизни и, как следствие, снижение рискованного поведения. Формы работы и

методы взаимодействия клиента и консультанта являются специфическими для каждой из них.

Эффективность профилактических программ зависит от различных факторов, в частности: доступность целевой группы; системность воздействия мероприятий по профилактике; адекватность профилактических действий уровню психического и социального развития целевой группы; разнообразие методов и средств профилактики; соотнесение профилактических мер с этапами и уровнем социализации; количество и разнообразие проводимых мероприятий; другие факторы.

Концепция снижения вреда предусматривает проведение следующих конкретных программ:

Просветительские программы должны помогать в снижении риска, связанного с применением наркотиков, особенно с их инъекционным введением. Также, не иницируя применение наркотиков, программы должны быть направлены на осторожное разъяснение путей безопасного применения наркотических средств, поскольку потребители будут их применять в любом случае. Просветительские материалы должны быть разработаны с учетом местных особенностей и интересов конкретной адресной группы.

Обмен шприцев и повышение их доступности является одним из ключевых компонентов концепции снижения вреда. Смысл его заключается в том, что большинство лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем, как правило, не способны прекратить их применение. Совместное использование одних и тех же шприцев и игл сразу же несколькими наркопотребителями ведет к колоссальному риску заражения такими инфекциями, как ВИЧ и гепатит С. Предупредить такое заражение можно лишь путем индивидуального применения чистых игл и шприцев.

Наиболее эффективным путем предупреждения является бесплатное предоставление стерильных игл и шприцев в обмен на использованные. Обычно такой обмен осуществляется в специальных пунктах обмена шприцев. Их часто называют пунктами доверия, поскольку помимо шприцев там предоставляются информационные материалы и имеют место контакты с клиентами проекта, когда проводятся доверительные беседы, касающиеся как вредных последствий злоупотребления наркотиков, так и многих других повседневных проблем, сопровождающих их нелегкую жизнь. Кроме того, такие пункты предоставляют уникальную возможность для проведения других профилактических мероприятий, таких, как лечение инфекций, передаваемых половым путем, раздача презервативов, лечение туберкулеза, вакцинирование против гепатита и др. К сожалению, из-за финансовых трудностей и отсутствия практического опыта, в большинстве случаев пункты обмена шприцев ограничиваются лишь предоставлением чистых игл и шприцев. Поэтому важны поддержка и обучение персонала таких пунктов другим аспектам снижения вреда, помимо прямого обмена шприцев.

Метадоновая терапия. Метадон, синтезированный в 1943 году в Германии, представляет собой синтетический заменитель опиатов, обладающий более продолжительным действием по сравнению с традиционными наркотическими средствами (действие метадона длится 24-36 часов).

Основным эффектом от применения метадона является то, что наркозависимые гораздо реже нуждаются в потреблении наркотиков. При этом значительно снижается действие многочисленных факторов риска злоупотребления наркотиками. Ранее были проведены многочисленные исследования, продемонстрировавшие эффективность метадоновых программ в обеспечении снижения смертности, преступности, заражения вирусом ВИЧ и гепатитом, а также ряда других негативных последствий злоупотребления наркотиками.

Сотрудничество с силовыми структурами. Конструктивное сотрудничество с силовыми структурами явилось одним из ключевых факторов успеха упомянутой выше британской модели снижения вреда Мерси. Идея заключалась в том, что городская полиция была приглашена участвовать в работе региональной совещательной комиссии по профилактике и лечению наркозависимости. Совместная работа органов здравоохранения и силовых структур

предусматривала обучающие программы для полицейских, касающиеся наркомании и ВИЧ/СПИД. Кроме того, было заключено соглашение, препятствующее полицейским проводить наблюдение и аресты наркопотребителей, а также тех, кто вовлечен в процессы распространения и обмена шприцев. Причем департаменту полиции было рекомендовано публично поддержать программы обмена шприцев.

Все это позволило городской полиции экономить ресурсы, сфокусировать свои действия на трафике наркотиков и воспринять более осторожный подход по отношению к потребителям наркотиков. Такой подход в последующем широко распространился в Великобритании, Голландии и Германии. Важным психологическим эффектом программы оказалось то, что наркопотребители более не рассматривались как преступники, что помогло избежать чрезмерных наказаний и привело к большей приверженности к программам по снижению вреда. В последние годы отмечается тенденция расширения таких программ с включением, помимо легального приема героина, таких веществ, как амфетамины, кокаин, экстази и др. В Голландии, в частности, полиция активно поддерживает программы по снижению вреда и даже непосредственно участвует в процессе обмена шприцев. Достойными внимания являются такие важные действия, как декриминализация марихуаны и создание так называемых зон толерантности.

Реабилитационные программы. Типовая схема реабилитационной программы включает несколько аспектов: при реабилитации основной упор делается на активное участие самого больного; предпочтительными формами работы с наркозависимыми являются амбулаторные формы, с минимальным использованием фармакологических веществ, работа в группе; в реабилитационных программах активное участие принимает не только врач или психолог, но и окружение больного, группы взаимопомощи, бывшие алкоголики или наркоманы; реабилитация проводится продолжительно и не только в форме личного контакта с врачом, но и других форм взаимодействия с больным, например по телефону, в виде письменных посланий и т.д. Эффективность реабилитационного воздействия оценивается в его динамике на каждом этапе работы – на основе специального тестирования, а также данных мониторинга. Основной показатель – возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении.

Вопросы для обсуждения

1. Какой из подходов, на Ваш взгляд, должен создать основу программы социального сопровождения?
2. Какой уровень профилактики будет реализован, если Вашим клиентом является потребитель инъекционных наркотиков (ПИН), человек, вышедший из мест заключения, ПИН, имеющий статус ВИЧ-положительный, человек, проживающий с ПИН?
3. Существуют ли требования в разработке программ профилактики? Если существуют, то назовите.
4. Какие программы, на Ваш взгляд, являются более эффективными при работе с лицами, затронутыми ВИЧ?
5. Какие мероприятия должны быть включены в программу социального сопровождения лиц, затронутых ВИЧ?
6. Какова эффективность профилактической работы с лицами, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции?

Практические задания

1. Какие профилактические мероприятия следует включать в программы сопровождения для ...? Заполните таблицу.

Активные ПИН	ПИН ВИЧ+	ЛЖВ
ПИН в ремиссии	ПИН ВИЧ+ в ремиссии	СР ПИН ВИЧ+

2. Напишите возможный план профилактической работы (любого уровня) для своих клиентов (выберите клиента, см. раздел «Ситуации из профессиональной деятельности специалистов, работающих с лицами, уязвимыми к ВИЧ/СПИД» данного учебного пособия).

4.3. Социально-психологическое сопровождение семей, затронутых вич-инфекцией

Сопровождение семей, затронутых ВИЧ-инфекцией и имеющих детей, играет важную роль в организации их своевременного выявления, оказании им эффективной помощи и поддержки, обеспечении необходимым уходом детей и в предупреждении жестокого обращения и социального сиротства детей в таких семьях.

Начиная с 2006 года, на территории Российской Федерации организуется комплексная помощь ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и женщинам с детьми на базе общественных организаций, государственных учреждений здравоохранения, социальной защиты населения, а также оказывается систематическая поддержка внедрению успешных технологий медико-психолого-социального сопровождения семей, затронутых ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время социально-психологическое сопровождение семей, затронутых

ВИЧ, осуществляется городскими центрами по социальному обслуживанию семьи и детей и негосударственными организациями.

Основанием для организации социально-психологического сопровождения семьи служит угроза жизни или здоровью ребенка, высокий, критический или средний уровень риска жестокого обращения, высокий уровень стигматизации и дискриминации ребенка или членов его семьи, высокий риск сиротства. Сопровождение семей, затронутых ВИЧ, позволяет держать ситуацию под контролем и принимать своевременные меры для обеспечения безопасных условий для ребенка в семье и оказания семье помощи.

Для женщины, живущей с ВИЧ, важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее объяснения по поводу того, как она получила инфекцию. Женщины чаще беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за детьми. Среди причин отказов ВИЧ-инфицированных матерей от новорожденных первое место занимает социальная дезадаптация матери, связанная, как правило, с активным потреблением психоактивных веществ. В условиях социально-экономической и бытовой неустроенности (отсутствие работы, постоянного источника доходов, жилья и другие проблемы) женщина оказывается в трудной жизненной ситуации, в которой она не видит возможности для воспитания ребенка. Положение усугубляется, если ей нужно решать все проблемы одной.

Большое значение имеет предупреждение отказов ВИЧ-инфицированных матерей от новорожденных. Среди причин отказа от ребенка, связанных с ВИЧ-инфекцией, наиболее распространены следующие:

- состояние здоровья новорожденного;
- ситуация в акушерских стационарах и родильных домах;
- прием наркотиков и асоциальный образ жизни матери;
- стигматизация и дискриминация со стороны окружающих

Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, часто рождаются более слабыми, недоношенными, с меньшим весом. Эти обстоятельства пугают женщину и ее родственников, которые зачастую принимают подобное состояние ребенка исключительно как «проявления СПИДа». Присутствует также страх, что ребенок все-таки инфицировался ВИЧ и в скором времени либо умрет, либо станет инвалидом;

Для многих ВИЧ-инфицированных женщин время, проведенное в родильном доме, яв-

ляется крайне отрицательным опытом из-за отношения медработников. Предвзятое отношение медицинских работников к ВИЧ-инфицированным женщинам чаще всего вызвано преувеличенными страхами по поводу рисков профессионального заражения ВИЧ, которые коренятся в отсутствии достаточных знаний о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи

В некоторых случаях у женщин, употребляющих психоактивные вещества, во время или вскоре после родов развивается абстинентный синдром. В этом случае женщина может уйти из родильного дома в поисках наркотиков еще до того, как ее ребенок будет готов к выписке, по сути, навсегда оставляя его

Низкий уровень знаний о ВИЧ-инфекции, способах ее передачи и профилактики среди широких кругов медицинских, социальных работников, психологов и педагогов, а также среди населения в целом (включая самих положительных ВИЧ-инфицированных

женщин и членов их семей) порождает высокий уровень стигматизации и, как следствие, дискриминацию ВИЧ-инфицированных женщин и их детей. Часто специалисты не готовы предоставить женщине достоверную информацию о ВИЧ/СПИДе. Женщина, вынашивающая беременность в очень агрессивной среде и подвергающаяся постоянному психологическому давлению и осуждению со стороны окружающих, может отказаться от ребенка.

Семьи, затронутые ВИЧ-инфекцией, сталкиваются с дискриминационным отношением окружающих и по мере взросления ребенка. Если ребенку установлен диагноз ВИЧ-инфекции, родители стараются сохранить тайну диагноза, так как при раскрытии статуса окружающим нередки случаи отказа в приеме в детские образовательные учреждения, предвзятое отношение воспитателей, педагогов, учителей, окружающих ребенка взрослых и сверстников. До сих пор фиксируются случаи нарушения прав ВИЧ-инфицированных людей на получение медицинской помощи, особенно, если им необходимо хирургическое вмешательство. Отказ в доступе к медицинской помощи, реабилитационным программам, несвоевременное назначение ВААРТ детям и родителям приводит к быстрому ухудшению состояния их здоровья, присоединению различных инфекций.

Ребенок в такой семье оказывается еще более уязвимым: болезнь родителей существенно снижает финансовые возможности семьи, может привести к ухудшению физического состояния родителей и, как результат, приводит к невозможности обеспечить ребенку достойный уровень ухода и развития.

В целом в семьях, затронутых ВИЧ, риск сиротства для детей выше. В таких семьях зачастую наблюдается пренебрежение нуждами ребенка. Также, если родители серьезно больны, ребенок испытывает страх смерти родителей, другие психологические проблемы, обусловленные состоянием родителей либо смертью близких. В связи с этим следует отметить и такую целевую группу, нуждающуюся в комплексной помощи, как неполные и опекунские семьи, в которых ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, воспитывает одинокий отец или опекун (бабушка, дедушка, ближайший родственник и др.). Опекуны, неожиданно вовлеченные в тему ВИЧ-инфекции, не всегда оказываются подготовленными к решению многочисленных проблем ребенка: необходимость сохранения тайны диагноза, уход, наблюдение за состоянием здоровья ребенка, решение проблем воспитания ВИЧ-инфицированного ребенка, доступ к образованию и развивающим программам. Чем меньше информированность опекунов по данной проблематике, тем сложнее им преодолеть дискриминационное и стигматизирующее отношение окружающих, а также собственные стереотипы и страхи.

В связи с достижением эпидемии ВИЧ того этапа, который характеризуется повышением смертности среди ВИЧ-инфицированных людей, актуальность помощи семьям с детьми возрастает. Замещающие семьи сталкиваются с теми же медицинскими, юридическими, социальными проблемами, что описаны выше, но при этом оказываются вовлеченными в решение еще одной сложной психологической задачи – переживание ребенком чувства тяжелой утраты в связи с болезнью и смертью матери, а то и обоих родителей.

В случае, если ВИЧ-инфицирован сам ребенок, то нередко возникают проблемы, свя-

занные с восприятием и планированием его будущего, которые влияют на создание семьей необходимых условий для ухода, обучения, развития ребенка и в итоге обеспечения качества его жизни. Поэтому такие семьи требуют своевременного социально-психологического сопровождения, оказания всесторонней комплексной помощи, поддержки в формировании новых жизненных навыков.

Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, имеют сразу после рождения положительный результат традиционных тестов крови на антитела к ВИЧ, потому что у всех детей в крови присутствуют материнские антитела. Антитела матери сохраняются у ребенка до 18 месяцев, к этому времени они постепенно разрушаются.

Если передача ВИЧ от инфицированной матери ее новорожденному ребенку все же произошла, то в период 15-18 месяцев результаты анализов на антитела останутся положительными. Это говорит о том, что у ребенка вырабатываются собственные антитела на присутствующий в его крови вирус иммунодефицита человека. До момента установления окончательного диагноза (т.е. до 18 месяцев) ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, будет иметь диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции».

До достижения ребенком возраста 18 месяцев он должен находиться на диспансерном наблюдении. Ребенку нужно принимать препараты ВААРТ для профилактики передачи ВИЧ сразу после рождения (экстренная профилактика) и далее на протяжении шести недель. Ребенок должен состоять на диспансерном учете у педиатра.

Необходимо получить и давать ребенку строго по схеме все необходимые препараты, назначенные врачом.

Рекомендуется получать и все дополнительные услуги в рамках программ помощи, направленных на поддержку ВИЧ-инфицированных женщин и их близких. Это поможет ВИЧ-инфицированной женщине справиться с возникающими трудностями и не чувствовать себя одинокой.

Если ребенку поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, для сохранения его здоровья очень важно регулярно посещать педиатра, выполнять его рекомендации. Также необходимо организовать общение малыша со сверстниками, чтобы обеспечить ему полноценное развитие и социализацию в коллективе. Позже ребенок также может посещать все детские учреждения наравне с другими детьми.

Уход за ребенком с положительным ВИЧ-статусом представляет значительные сложности для семьи, особенно, если родители ребенка не имеют достаточных навыков самостоятельного преодоления трудных жизненных ситуаций или относятся к семьям групп риска.

Помочь семьям сохранить детей, наладить уход за ними и исключить риски жестокого обращения с ребенком – задача социально-психологического сопровождения.

Исследования показывают, что надлежащий уход за ребенком, рожденным ВИЧ-инфицированной матерью, качественное медицинское наблюдение, доступ к необходимым для лечения препаратам, забота, семейная поддержка ВИЧ-инфицированной женщины и ее ребенка, а также понимание и поддержка окружающих людей могут помочь ребенку полноценно развиваться как физически, так и психически, и значительно улучшить качество его жизни.

Приверженность к лечению и соблюдение всех медицинских предписаний с первого дня рождения ребенка в семье, затронутой ВИЧ-инфекцией, представляют сложности для любой семьи и тем более для социально неблагополучной. По этой причине социально-психологическое сопровождение семей становится обязательным этапом в работе по сохранению кровной семьи для ребенка, затронутого ВИЧ-инфекцией.

В рамках оказания услуги междисциплинарная команда специалистов, в состав которой входят специалист по социальной работе, психолог, равный консультант, разрабатывает и реализует, совместно с семьей-получателем услуги, комплекс мероприятий, позволяющих обеспечить в семье удовлетворение индивидуальных и минимальных возрастных потребно-

стей ребенка.

В оказание услуги «Социально-психологическое сопровождение семей, затронутых ВИЧ-инфекцией» входят следующие мероприятия:

- психологическая помощь (консультации для семьи и ребенка, группы поддержки, индивидуальные и групповые занятия для детей), направленная на преодоление психологических проблем, связанных с установлением диагноза ВИЧ-инфекции
- помощь семье в решении социальных проблем, в обеспечении доступности социальных, медицинских, образовательных услуг для ребенка и семьи
- помощь семье в соблюдении приверженности лечению, осуществлению медицинского контроля и наблюдения за ребенком, поддержание взаимодействия семьи и доверенных специалистов медицинского профиля

Семья, затронутая ВИЧ-инфекцией (семья, затронутая ВИЧ) – семья, в которой один или более членов имеют диагноз ВИЧ-инфекции и в этой связи семья в целом и каждый ее член, независимо от наличия у него диагноза, в той или иной степени сталкиваются с психологическими, социальными, медицинскими, юридическими проблемами, обусловленными заболеванием.

В зависимости от специфики реабилитационных задач выделяют психолого-педагогическое сопровождение семьи (основная задача – нормализация родительско-детских отношений и повышение родительской компетентности в вопросах организации ухода и заботы о детях, их воспитания) и психолого-педагогическое сопровождение ребенка (содействие в создании условий для успешной социализации ребенка в образовательном пространстве).

Психолого-педагогическое сопровождение – комплекс мероприятий, осуществляемый междисциплинарной командой специалистов, объединенных единой реабилитационной целью; основная деятельность заключается в выявлении и актуализации ресурсов родителей и/или ребенка, организации обучения членов семьи знаниям и навыкам, необходимых для ухода и развития ребенка, его социализации, в психологической помощи по преодолению трудностей, связанных с освоением новых навыков, в мотивации семьи на получение запланированной помощи; основанием для принятия решения о завершении является решение членов междисциплинарной команды о достижении заявленных реабилитационных целей.

Социально-психологическое сопровождение семьи – комплекс мероприятий (организационных, диагностических, образовательных, развивающих), осуществляемый междисциплинарной командой специалистов, объединенных единой реабилитационной целью – оказания помощи родителям в преодолении трудной жизненной ситуации, в результате которой были нарушены права и законные интересы ребенка (детей). Основная деятельность заключается в оказании реабилитационной помощи в решении актуальных психологических, бытовых, медицинских, социальных и других проблем семьи вовлечении родителей и взрослых членов семьи в деятельность по освоению (восстановлению) навыков самостоятельного преодоления трудностей; мотивации их на активное участие в запланированных мероприятиях; результатом является восстановление способности семьи самостоятельно адаптироваться в изменяющихся условиях среды; основанием для принятия решения о завершении сопровождения является обоснованное решение членов междисциплинарной команды о достижении заявленных реабилитационных целей.

Нуждаются в социально-педагогическом и социально-психологическом сопровождении семьи с детьми с положительным ВИЧ-статусом, нуждающихся в государственной защите своих прав и законных интересов и семьи, затронутые ВИЧ-инфекцией, в которых дети с неопределенным или отрицательным ВИЧ-статусом нуждаются в государственной защите своих прав и законных интересов

Цель социально-психологического сопровождения – создание условий, обеспечивающих в семье защиту прав и законных интересов, удовлетворение индивидуальных и мини-

мальных возрастных потребностей детей, затронутых ВИЧ

Задачи:

1. Оказание психологической помощи ребенку и семье в преодолении психологических трудностей, связанных с установлением положительного ВИЧ-статуса ребенку или лицам, осуществляющим основной уход за ребенком

2. Формирование и поддержание установок на приверженность постоянному медицинскому наблюдению и лечению, уходу и воспитанию ребенка у членов его семьи, осуществляющих уход за ним.

3. Повышение доступа ребенка и семьи к медицинской и социальной помощи.

4. Повышение степени социализации ребенка и семьи, затронутой ВИЧ (развитие самостоятельности в решении собственных проблем, стабилизация жизненной ситуации, формирование полезных жизненных навыков, ответственности за собственное здоровье и здоровье ребенка).

Цель сопровождения двоякая. Во-первых, оказать семье и ребенку услуги и поддержку, чтобы с помощью этого внешнего ресурса семья начала справляться с уходом и лечением ребенка и в семье сложились условия для удовлетворения минимальных возрастных и индивидуальных потребностей ребенка. Во-вторых, сформировать у членов семьи умения и навыки осуществлять самостоятельный уход за ребенком, справляться с трудностями, обусловленными ВИЧ-инфицированием, в т.ч., сформировать установки на приверженность к лечению, чтобы, в конечном итоге, условия в семье отвечали требованиям по обеспечению прав и законных интересов детей.

Социально-психологическое сопровождение состоит несколько этапов.

Этап 1. Выявление получателей услуги.

Началу работы по услуге предшествует установление рабочих контактов специалиста по сопровождению с учреждениями здравоохранения, Центром СПИД, которые работают на обслуживаемой территории. Это необходимо, поскольку выявление потенциальных получателей услуги осуществляют доверенные специалисты в медицинских учреждениях (родильных домах, поликлиниках и др.) и Центрах СПИД.

При выявлении доверенный специалист использует следующие критерии:

- установлен диагноз ВИЧ-инфекции
- ВИЧ-инфицированный взрослый имеет несовершеннолетних детей, непосредственно участвует в их воспитании

Особенного внимания требуют ситуации, при которых клиент открыто обозначает свои социальные проблемы, выражает готовность к обращению в социальную службу или

косвенно обозначает наличие таких проблем (высказывания: «не буду продолжать лечение из-за отсутствия средств на дополнительные препараты», «не поеду в больницу, так как нет денег на лечение»).

Информирование потенциальных получателей услуги. После выявления потенциального получателя услуги доверенные специалисты (врач-инфекционист, педиатр, акушер-гинеколог и др.) информируют его о целях, задачах услуги, о видах помощи, которые могут быть предоставлены потребителю услуги. Специалисты объясняют, каков порядок обращения за получением услуги и подтверждают соблюдение конфиденциальности полученной от клиента информации, правила ее передачи поставщику услуги. Для более эффективного мотивирования клиентов на обращение за услугой используются наглядные материалы.

В случае, если клиент согласен получать услугу, доверенный специалист предлагает подписать информированное согласие о передаче сведений поставщику услуги и заполняет все необходимые документы. При подписании обязательно оговариваются вопросы конфиденциальности и добровольность получения помощи. После подписания клиентом информированного согласия, специалист заполняет обменную карту (либо другую форму учета) и на-

правление в организацию, оказывающее услугу.

Специалист, ответственный за сопровождение семьи, в дальнейшем разрабатывает план социально-психологического сопровождения семьи и организует его выполнение. Назначенный специалист становится основным контактным лицом по взаимодействию с семьей. Специалист, ответственный за сопровождение семьи, устанавливает с ним контакт по телефону, согласует с ним цели и задачи услуги, выясняет ожидания клиента от услуги, согласует время и место первичного контакта с семьей.

В случае, если клиент обратился самостоятельно, время проведения данного мероприятия может быть увеличено с целью более полного информирования об услуге и прояснения вопросов конфиденциальности.

Специалист, ответственный за сопровождение семьи, проводит первичный прием членов семьи.

По согласованию он может быть проведен в форме визита в семью и в форме встречи с семьей в помещении организации-поставщика услуги.

Во время приема специалист уточняет состав семьи и знакомится со всеми ее членами, уточняет возраст, ВИЧ-статус и социальный и статус ребенка, собирает общую информацию о семейной ситуации и трудностях в воспитании ребенка, уточняет ожидания семьи от получения услуги, согласует цели, задачи, порядок оказания услуги со всеми членами семьи, обсуждает и подписывает договор на социально-психологическое сопровождение семьи и соглашение о конфиденциальности

Этап 2. Диагностический.

Цель. Прояснение жизненной ситуации, возможностей и внутренних ресурсов семьи и ближайшего окружения, определение факторов риска нарушения прав и законных интересов ребенка в семье, обусловленных положительным ВИЧ-статусом родителей или ребенка.

Специалист по социальной работе проводит не менее 2-х встреч с семьей, одна из которых включает обследование условий проживания ребенка.

Вторая встреча включает проведение комплексной психосоциальной диагностики семьи. Особое внимание при этом необходимо уделить следующим вопросам:

- соответствие условий проживания ребенка удовлетворению его минимальных возрастных потребностей;
- доступ к медицинской помощи, приверженность семьи к лечению, контроль состояния здоровья ребенка, ВИЧ-инфицированного родителя;
- получение семьей гарантированных льгот и пособий, доступа к необходимым социальным услугам;
- получение ребенком образования, посещение учреждений дополнительного образования, культуры, включенность в жизнь местного сообщества.

Психолог, на основании полученной информации о семье, составляет план проведения психосоциальной диагностики.

Этап 3. Разработка плана социально-психологического сопровождения семьи.

Цель. Согласование перечня мероприятий плана социально-психологического сопровождения членами междисциплинарной команды, как специалистами, оказывающими услугу, так и доверенными специалистами

Члены междисциплинарной команды в рамках своей компетенции планируют мероприятия по социально-психологическому сопровождению, опираясь на результаты диагностики и выявленные в ходе нее проблемы (социальные, медицинские, психологические, экономические и т. д.).

На консилиуме специалист, ответственный за сопровождение семьи, организует совместное обсуждение результатов диагностики, согласование целей и задач процесса сопровож-

дения, рассмотрение предложенных специалистами мероприятий, определение сроков каждого из запланированных мероприятий и ответственных за их выполнение.

При разработке плана цели и задачи работы с семьей должны быть конкретными и индивидуальными, план должен включать описание результатов и критериев его достижения.

Специалист, ответственный за сопровождение семьи формирует план сопровождения на основе состоявшегося обсуждения.

Обязательным условием при составлении плана сопровождения является включение в процесс планирования членов семьи, согласование с ними действий специалистов, получение согласия на выполнение всех мероприятий плана сопровождения.

Этап 4. Реализация плана социально-психологического сопровождения семьи и мониторинг результатов.

Цель. Создание условий, обеспечивающих в семье защиту прав и законных интересов, удовлетворения индивидуальных и минимальных возрастных потребностей детей, затронутых ВИЧ

Специалист, ответственный за сопровождение семьи, поддерживает регулярный, не реже 1 раза в 2 недели, контакт с семьей, направляет ее активность, мотивирует на продолжение работы, поддерживает эмоционально в процессе реализации мероприятий плана. При необходимости привлекает для поддержки семьи равного консультанта.

Специалист также оказывает семье социальную помощь: содействует в оформлении документов, социальных льгот и пособий, организует доступ к необходимым услугам. Он ведет документацию, координирует действия специалистов, отслеживает выполнение сроков, привлекает, по мере необходимости, «внешних» специалистов, определяет сроки проведения консилиумов.

Специалист регулярно проводит мероприятия по мониторингу, анализирует результаты и вносит корректировки в план сопровождения. Он согласовывает новый план с участниками процесса сопровождения на консилиумах, собирая их по мере необходимости.

Психолог осуществляет работу с семьей согласно плану сопровождения. Это могут быть индивидуальные консультации для членов семьи или семейные консультации. Основными задачами консультаций являются следующие: помощь в регулировании эмоциональных переживаний ребенка и родителей в связи с установлением, содействие в формировании установок на приверженность к лечению и необходимому уходу за ребенком диагноза ВИЧ-инфекции

Специалист, ответственный за сопровождение семьи, регулярно, не реже 1 раза в три месяца, поддерживает связь со специалистами учреждений здравоохранения, которые наблюдают семью. Он осуществляет мониторинг соблюдения семьей медицинских предписаний, регулярность посещения ребенком специалистов, проведения необходимых диагностических и лечебных процедур, а также поддерживает семью в формировании приверженности к лечению и в преодолении связанных с этим трудностей.

С другой стороны, специалисты учреждений здравоохранения информируют специалиста, ответственного за сопровождение семьи, о соблюдении/нарушении семьей предписанного режима лечения и наблюдения, о возможных причинах срывов и необходимости дополнительных мер помощи семье.

Подбор доверенных специалистов, вовлекаемых в реализацию плана, и регулярность взаимодействия с ними семьи и специалистов поставщика услуги определяется в зависимости от ситуации и потребностей семьи. Как правило, в реализацию плана вовлечены разные специалисты.

Врач-инфекционист: осуществляет прием и консультирование для выяснения состояния здоровья и организации медицинской помощи и лечения, проводит тестирование на вирусную нагрузку, определяет состояние иммунного статуса, в случае необходимости назна-

чает лечение, ведет работу по формированию приверженности лечению, по корректировке схемы лечения, при необходимости, отслеживает побочные эффекты терапии, оказывает помощь в преодолении возникших трудностей

Педиатр отслеживает состояние здоровья и развития ребенка, проводит диспансерное наблюдение, регулярное тестирование на ВИЧ для своевременного назначения лечения в случае подтверждения диагноза, работает с родителями.

Акушер-гинеколог совместно с врачом-инфекционистом регулярно проводит консультирование по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Психолог организует и проводит цикл из индивидуальных и групповых занятий для детей в возрасте от 5 лет и старше.

В результате занятий происходит улучшение психологического самочувствия детей, укрепление самооценки, формирование уверенного поведения, развиваются коммуникативные навыки и преодолеваются последствия социальной изоляции (преимущественно, групповые занятия), осуществляется коррекция нарушений развития и преодоление негативных последствий недостаточного ухода со стороны родителей.

Если ребенок младше 5-ти лет, то психолог проводит занятия совместно с родителями, формирует и укрепляет в процессе занятий родительские компетенции по уходу за ребенком и его развитию, в том числе, компетенции приверженности лечению и наблюдению за ребенком.

Занятия проводятся в целях повышения родительской компетентности по вопросам ухода за ребенком, выстраивания коммуникации, организации игровой деятельности, по вопросам соблюдения минимальных возрастных и индивидуальных потребностей ребенка.

Психолог организует и проводит группы взаимопомощи для родителей или группы поддержки для семей.

В рамках занятий психолог содействует в решении личностных проблем, инициирует обмен опытом по решению проблем, связанных с ВИЧ, формирует необходимые родительские компетенции для преодоления трудностей в уходе за ребенком и защите его прав. Психолог привлекает к проведению занятий и их организации равного консультанта.

Этап 5. Завершение процесса социально-психологического сопровождения.

Цель. Анализ эффективности сопровождения и закрепление достигнутых результатов.

Один раз в шесть месяцев специалист, ответственный за сопровождение семьи, проводит психосоциальную диагностику семьи, выявляя динамику факторов риска. Совместно с семьей он анализирует достигнутые результаты сопровождения с точки зрения их соответствия поставленным в плане сопровождения целями и критериям их достижения, обсуждает с семьей причины достижения/не достижения запланированных результатов, оценивает их стабильность.

Результаты обсуждения специалист заносит в личное дело получателя услуги и представляет их на консилиуме междисциплинарной команды специалистов.

Междисциплинарная команда специалистов рассматривает результаты реализации плана сопровождения и принимает решение о характере дальнейшего сопровождения семьи.

Возможные варианты решения:

Завершение сопровождения. Кризисная ситуация преодолена, семья самостоятельно обеспечивает необходимый уход за ребенком и решает возникающие трудности, сохраняет приверженность лечению и наблюдению за ребенком. Полученные результаты стабильны на протяжении 6-ти месяцев

Пролонгация срока сопровождения. Произошло изменение в состоянии ребенка (ухудшение здоровья, длительная госпитализация) или достигнутые результаты сопровождения нестабильны, не все задачи сопровождения решены

Прекращение сопровождения.

Этап 6. Обеспечение качества социально-психологического сопровождения

Цель. Осуществление контроля качества услуги социально-психологического сопровождения и оказание профессиональной (супервизорской) поддержки специалистам

Посредством супервизий осуществляется контроль соответствия деятельности специалистов требованиям стандарта, контролируется достижение и поддержание необходимого качества социально-психологического сопровождения.

При подготовке к супервизии специалист самостоятельно оценивает свою работу, анализирует трудные случаи в работе с семьями, профессиональные трудности, возникающие при оказании услуги. Затем подготавливает случай к обсуждению с супервизором.

В ходе супервизии осуществляется обсуждение трудных случаев из практики специалистов, результатов предоставления услуги, проводится анализ проведенной работы.

Специалисты получают рекомендации по преодолению своих профессиональных трудностей.

Эти мероприятия приводят к уменьшению риска возникновения и развития эмоционального выгорания специалистов.

Большое внимание супервизор уделяет обучению специалистов методам самоконтроля и самопомощи, методикам психологической разгрузки и др.

Хотелось бы отметить особую задачу социально-психологического сопровождения семей, затронутых ВИЧ-инфекцией. Это задача по формированию установок на приверженность к лечению и выполнение предписаний специалистов. Решение этой задачи достигается через работу всех специалистов междисциплинарной команды, работающих с семьей и ребенком.

Сопровождение представляет собой действенную и эффективную форму социально-педагогической работы, широко применяемую в программах профилактики ВИЧ-инфекции. Это форма, благодаря которой, целевая аудитория может получить доступ к медицинским, юридическим, психологическим и другим услугам.

Целью социального сопровождения является изменение поведения клиента от социально-рискованного в сторону снижения рисков.

Основные задачи социального сопровождения в контексте ВИЧ/СПИДа.

1. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни клиента: психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д.
2. Убедиться, что клиенту доступны все виды услуг и что они соответствуют его потребностям.
3. Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг.
4. Обеспечить непрерывность ухода за клиентом на всех этапах социального сопровождения с привлечением различных организаций.
5. Уменьшить вероятность дублирования услуг и следить за качеством их предоставления.
6. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.
7. Увеличить осведомленность клиента о воздействии ВИЧ-инфекции на его здоровье и о необходимости здорового образа жизни.
8. Обеспечить социальное сопровождение ребенка (для несовершеннолетних детей, у которых родитель или опекун является ВИЧ-положительным).

В программах сопровождения эти задачи решаются посредством:

- предоставления специализированной помощи людям с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией;
- оценки риска заражения другими инфекциями и гарантии предоставления адекватной диагностики и лечения;

- предоставления информации и направлений в другие службы для удовлетворения потребностей в так называемой позитивной профилактике или профилактике реинфицирования среди людей, живущих с ВИЧ.

Важную роль в достижении результатов сопровождения играет и вовлечение в процесс планирования и реализации плана сопровождения семьи-получателя услуги и делегирование ей части ответственности за результат.

При организации процесса социально-психологического сопровождения следует учитывать, что оно должна отвечать требованиям физической доступности для клиентов.

Географическое расположение организации-поставщика услуги должно быть приближено к ее потребителям, быть близко расположенным к транспортным развязкам, находиться в черте населенного пункта, иметь упрощенную пропускную систему и т.п.

Отдельно должны быть проработаны вопросы обеспечения гарантий конфиденциальности информации о потребителях услуги на всех этапах ее оказания, профессиональной психологической подготовленности к работе доверенных специалистов, а также создаваемой в учреждении обстановки психологического комфорта и безопасности для получателей услуги.

Обязательным условием для реализации социально-психологического сопровождения является выстраивание сети партнерских организаций и учреждений, согласование порядка взаимодействия в рамках оказания услуги и его нормативное закрепление, подготовка в учреждениях доверенных специалистов.

Партнерская сеть, в рамках которой получатель услуги может быть перенаправлен к различного рода специалистам для получения разносторонней помощи и поддержки, является дополнительным ресурсом, обеспечивающим комплексный подход. Типовой перечень организаций, составляющих партнерскую сеть, может включать следующие организации: центр СПИД, детские поликлиники, женские консультации, родильные дома, СПИД-сервисные общественные организации, наркологическая служба, родительские ассоциации, реабилитационные центры, паспортно-визовая служба, центр занятости населения и др.

Эффективность социально-психологического сопровождения семей, затронутых ВИЧ-инфекцией повышается, если в комплексе семья получает следующие услуги:

- оказание экстренной психологической помощи детям Службой детского телефона доверия, работающей под единым общероссийским номером;
- психолого-педагогическое сопровождение семей с риском отказа от новорожденного ребенка (профилактика ранних отказов);
- формирование реабилитационной среды для семей с детьми (семейный клуб);
- краткосрочное кризисное консультирование семей;
- психолого-педагогическое сопровождение детей группы риска в образовательном пространстве (социальная гостиная);
- группы поддержки и взаимопомощи на базе СПИД-сервисных общественных организаций, организаций поддержки анонимных алкоголиков и наркоманов;

Организации и специалисты, предоставляющие данные услуги, также могут быть вовлечены в сеть партнерских организаций.

Исходя из особенностей клиента, продолжительности программы и т.п., этапы процесса могут дополняться или модифицироваться.

При этом необходимо помнить, что социальное сопровождение уязвимых групп строится на клиент-центрированном подходе, который сочетает в себе черты гуманистического, личностного, системного и других подходов, где в центре внимания находится личность с ее интересами, потребностями, проблемами. Следовательно, личность клиента, его потребности, особенности, проблемы должны быть изучены в максимальной степени и постоянно учитываться в процессе работы.

Ключевая роль в осуществлении социально-психологического сопровождения уязвимых групп отводится кейс-менеджеру. Лица, осуществляющие деятельность по методу кейс-менеджмента, должны удовлетворять следующим требованиям:

- желательно иметь высшее образование (кейс-менеджеры получают образование по направлениям подготовки «социальная работа», «педагогика и психология девиантного поведения», «социальная педагогика» или в медицинских вузах);
- владеть ПК на уровне пользователя;
- пройти специальную (тренинговую) подготовку;
- обладать общими навыками специалиста по социальной работе, например, умением консультировать,
- разделять этические принципы специалистов по социальной работе.

Специалист по сопровождению изучает потребности, организует, координирует определенные направления деятельности социальных и других служб, выступает как посредник между теми, кто оказывает услуги, и клиентом, или от имени клиента и его семьи, ведет мониторинг, оценку развития ситуации, а также выступает в защиту предоставляемого пакета услуг. Важная роль отводится посредничеству между различными службами и профессионалами, защите от имени клиента его интересов, установлению договоренности об услугах в случае, если необходимые программы не доступны. Кроме того, специалист по сопровождению должен владеть такими профессиональными умениями, как адвокация (защита прав и интересов клиента), фасилитация (помощь в разных видах деятельности), построение и/или использование сетей (систем поддержки).

Специалист по сопровождению должен знать о критериях соответствия услуг, которые он может оказывать, и имеющихся ресурсах для решения физических, эмоциональных, социальных, психических, профессиональных проблем клиента и его интеграции в общество. Для этого ему необходимо понимать сущность плана воздействия, знать систему оказания услуг, правовые и этические нормы, а также ресурсы, которые возможно привлечь для решения проблемы. Он должен уметь анализировать затраты и преимущества различных вариантов решения проблемы.

В числе основных навыков, необходимых для успешного проведения социально-психологического сопровождения – критическое мышление, коммуникабельность, навыки ведения переговоров и сотрудничества (значительная роль в данном процессе принадлежит организаторским способностям и умениям). Критическое мышление – процесс научного познания, используемый для сбора, синтеза, определения приоритетов, анализа и оценки информации. Оно необходимо для эффективного решения проблем и принятия решений. Критическому мышлению могут мешать: выдвижение ложных предположений, скоропалительные нелогичные выводы и заключения, отсутствие тщательной проверки точности и надежности информации, деятельность, основанная на неполной информации, наличие предубеждений и предрассудков. Коммуникабельность – это умение передавать и получать информацию как устную, так и письменную. Кейс-менеджер должен уметь эффективно взаимодействовать с разными людьми в процессе реализации разработанного плана и достижения желаемых результатов. Получение достоверной, точной информации из различных источников требует хорошо развитых навыков межличностного общения с клиентом, семьей, с теми, кто оказывает услуги. Как критическое мышление, так и навыки межличностного общения используются на всех этапах работы со случаем.

Кроме того, специалисты по социально-психологическому сопровождению часто используют те или иные компоненты процесса одновременно, поскольку особенно в трудных ситуациях различные виды деятельности осуществляются параллельно в нескольких областях. Например, в процессе социального сопровождения ВИЧ-инфицированного потребителя инъекционных наркотиков специалисты ведут мониторинг его физического здоровья, и в то же время – диагностику психологических, семейных, социальных проблем.

Одна из актуальных проблем - профилактика и предотвращение распространения ВИЧ/СПИДа. Тесное взаимодействие разных специалистов: врачей, педагогов, родителей, общественности, направленное на профилактическую работу против распространения ВИЧ/СПИДа, является важным фактором для успешного решения этой проблемы.

Вопросы для обсуждения

1. В чем сущность социально-психологического сопровождения?
2. Какова роль специалиста по сопровождению в социально-психологическом сопровождении?
3. Назовите цель социально-психологического сопровождения клиентов, уязвимых к ВИЧ?
4. Почему в основу социального сопровождения положен клиент-центрированный подход?
5. С какой целью создается партнерская сеть?
6. Какие организации, службы, специалисты должны входить в партнерскую сеть для работы с лицами, уязвимыми к ВИЧ/СПИД?
7. Дайте определение семьи, затронутой ВИЧ-инфекцией.
8. Какие услуги и почему должен оказывать специалист по социально-психологическому сопровождению лицам, уязвимым к ВИЧ/СПИД?
9. Какие этапы необходимо соблюдать при организации социально-психологического сопровождения?
10. Каковы причины отказа ВИЧ-инфицированной матери от ребенка?
11. С какими проблемами могут столкнуться специалисты, работающие с семьями, затронутыми ВИЧ-инфекцией.
12. Какие факторы могут оказать влияние на снижение и повышение эффективности социально-психологического сопровождения?
13. Что включает в себя индивидуальный план работы с клиентом?
14. Проведение каких мероприятий предполагает процесс социального сопровождения?
15. Как долго может осуществляться социальное сопровождение клиента?
16. Какие документы необходимо вести в процессе работы с клиентом?
17. Какими качествами и умениями должен обладать специалист, работающий с уязвимыми семьями?
18. Каковы цели коммуникации в социальной работе и социальном сопровождении?
19. Какие барьеры могут возникнуть в ходе взаимодействия специалиста и семьи?
20. Изучите Концепцию ЮНЭЙДС на 2016-2021годы.

Практические задания

1. Прочитайте внимательно ситуации. Разработайте план ответа. Обоснуйте свой ответ.

Ситуация 1. Проконсультируйте клиента. Планируем идти в сауну компанией. Будет человек, у которого гепатит В и, возможно, ВИЧ. Скажите, пожалуйста, возможен ли риск заражения гепатитом В или ВИЧ и другими инфекциями, если сидеть с ней в одной ванной с джакузи или купаться в бассейне?

Ситуация 2. Проконсультируйте клиента. Гуляя с собакой в посадке, наступил на иглу от шприца. Она прошла подошву и слегка уколола большой палец ноги. Сняв обувь, я обнаружил, что выступила капелька крови. Игла была ржавой и обожженной, словно ее жгли в огне, а потом закопали. На игле не было пластмассового держателя. Ее, наверное, выкопала

собака, когда играла. А я наступил. Какова вероятность заболеть СПИДом? Сколько СПИД живет на игле в условиях улицы?

2. Оформите выписку для клиента в одно из учреждений.
3. Составьте сопроводительное письмо для клиента в соответствующее учреждение.
4. Составьте «письмо-обращение» для клиента, затронутого проблемой ВИЧ-инфекции.
5. Обсудите в группе и определите вопросы, которые целесообразно обсуждать на партнерских встречах.
6. Обсудите в группе с участниками механизмы координации деятельности специалистов-партнеров на своей территории.
7. Разработайте возможный индивидуальный план работы для своих клиентов.
8. Проведите консультации с клиентами и обсудите с ними ключевые моменты стратегии решения возникающих у них проблем.

Задания для самостоятельной подготовки

1. Дайте характеристику проблеме ВИЧ-инфекции в обществе.
2. Почему лица, уязвимые к ВИЧ должны являться объектом социальной работы?
3. Кого можно отнести к категории лиц, уязвимых к ВИЧ?
4. Почему эта проблема требует безотлагательного решения?
5. Раскройте нормативно-правовую базу социальной работы с уязвимыми группами населения
6. Каковы особенности профилактической работы среди лиц, уязвимых к ВИЧ?
7. Каковы направления и формы профилактической работы с лицами, уязвимыми к ВИЧ?
8. Что такое социальное сопровождение?
9. Раскройте особенности технологии социального сопровождения.
10. На чем базируется технология кейс-менеджмента?
11. Назовите основные этапы социального сопровождения лиц, уязвимых к ВИЧ
12. Каково назначение мультипрофессиональной команды в социальном сопровождении клиента?
13. Раскройте роль партнерской сети в социальном сопровождении лиц, уязвимых к ВИЧ.
14. Какова роль социально-психологического сопровождения лиц, уязвимых к ВИЧ?

Тест для самопроверки

1. Выберите верное, с Вашей точки зрения, утверждение:

- 1) изменить в лучшую сторону поведение и мировоззрение потребителя инъекционных наркотиков невозможно никакими средствами;
- 2) изменить в лучшую сторону поведение и мировоззрение потребителя инъекционных наркотиков возможно посредством принудительного лечения;
- 3) изменить в лучшую сторону поведение и мировоззрение потребителя инъекционных наркотиков возможно посредством индивидуальной социальной и психологической работы с ним.

2. Стигматизация – это:

- 1) приобретенная потребность человека получать приятие, уважение и любовь от значимых людей в его окружении;
- 2) предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков;
- 3) органическое заболевание мозга, отражающееся на адекватности мышления человека.

3. «Снижение вреда» в профилактике означает:

- 1) комплекс мероприятий, направленных на снижение риска без требования незамедлительного, полного отказа от употребления наркотических и психотропных средств;
- 2) первичную профилактику потребления наркотических и психотропных веществ среди молодежи;
- 3) раздачу «наркотического пайка» наркозависимым.

4. Какая из перечисленных ниже задач относится к процессу социального сопровождения уязвимых групп населения?

- 1) содействовать развитию творческих способностей клиента, создать условия для его самовыражения;
- 2) содействовать профессиональному росту клиента;
- 3) провести необходимую оценку и составить план оказания помощи, касающийся основных сфер жизни клиента: психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д.

5. Какова основная цель профилактических программ социального сопровождения?

- 1) выявить социально уязвимых клиентов и поставить их на учет;
- 2) снизить степень поведенческих рисков;
- 3) предоставить представителям уязвимых групп медицинские услуги.

6. Социально-психологическое сопровождение это:

- 1) пакет документов, необходимых для привлечения клиента в социальную службу;
- 2) процесс, в котором объединяется оценка, планирование, помощь и поддержка в получении услуг, соответствующих потребностям клиента;
- 3) процесс оказания разнообразных услуг клиентам по месту жительства или работы.

7. Мультипрофессиональная команда – это:

- 1) группа представителей различных творческих профессий;
- 2) группа волонтеров, объединившихся с целью социального сопровождения клиента;
- 3) группа разнопрофильных специалистов, объединившихся с целью организации социального сопровождения клиента и оказания ему разнообразных услуг.

Список рекомендуемой литературы по разделу

1. Батурин Н.А., Башкатов С.А., Гафарова Н.В. Теоретическая модель личностного благополучия / Н.А. Батурин, С.А. Башкатов и др. // Вестник ЮУрГУ, Серия «Психология». – 2012. – Т. 6, № 4. – С. 4-14.
2. Бовина И.Б., Панова Т.Б. Особенности социальных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных: коллективная защита перед лицом коллективной угрозы / И.Б. Бовина, Т.Б.

Панова // Вестник Таганрогского института управления и экономики. 2010. № 2. С. 55-62.

3. Бороздина, Е.А. Забота и социальное гражданство / Е.А. Бороздина // Социологические исследования. 2015. № 10 С. 84-93 Режим доступа: http://socis.isras.ru/files/File/2015/2015_10/84_93_Borozdina.pdf

4. Виноградова О.Е. Наркомания: сравнительный анализ социальной политики европейских стран / О.Е. Виноградова // Социальная политика и социология. – 2007. – № 3. – С. 50-57.

5. Звоновский В.Б. ВИЧ и СПИД / В.Б. 5. Звоновский // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6. – № 4. – С. 505-522.

6. Информационный бюллетень ВОЗ ВИЧ/СПИД № 360, июль 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>

7. Петрова Е.А., Красникова Т.В. Исследование представлений о ВИЧ-инфицированных и стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом / Е.А. Петрова, Т.В., Красникова // Уровень жизни населения регионов России. – 2011. – № 1. – С. 25-33.

8. Покровский В.В. Катастрофа 20 авиалайнеров! СПИД – скорость нравственного заболевания общества / В.В. Покровский // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2009. – № 3. – С. 16-18.

9. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации / В.В.Покровский. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 192 с.

10. Савина М.С. Наркомания и пути ее профилактики / М.С. Савина // Профессиональное образование. – Столица. – 2008. – № 1. – С. 16-17.

11. Социальное сопровождение лиц, уязвимых к ВИЧ/СПИД. Кейс-менеджмент [Текст] : учеб. модуль / Н.Ю. Андрусак, С.А. Бурилкина, А.А. Дегтярев и др.; под ред Ф.А. Мустаевой, О.Л. Потрикеевой, Г.А. Супруненко; МаГУ, [каф. ТиМСР]. – Магнитогорск, 2010. – 289 с. – ISBN 978-5-86781-812-8.

12. Романов, П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная работа в современной России: анализ статуса профессиональной группы / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. 2014. № 10. С. 60-69. Режим доступа : http://socis.isras.ru/files/File/2014/2014_10/60-69_Romanov.pdf

13. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности : Учеб. пособие для вузов / Павленок П. Д. – М. : ИНФРА-М, 2011. – 378 с.

14. Тархова Л.А. Наркомания излечима! / Л.А. Тархова // Нарконет. – 2007. – № 1. – С. 14-19.

15. Услуга «Социально -психологическое сопровождение семей, затронутых ВИЧ-инфекцией» . Книга 20 / под ред. М. О. Егоровой. – М. : Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2013. – 184 с. – (Профилактические услуги по предупреждению социального сиротства : в 26 книгах).

16. Шайдо, Т.Н. Сопровождение замещающих семей / Шайдо, Т. Н. // Социальная работа. – 2008. – № 5. – С. 42-43.

17. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции / К. Хоффман, Ю.К. Рокштро. – М.: Р. Валент. – 2010. – 648 с.

18. Организация и проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на предприятиях Республики Башкортостан: методические рекомендации / сост.: А.А. Афанасьев, Р.Г. Яппаров, Г.Р. Габитова, Н.К. Хафизова, Е.В. Сенькина. – Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2014. – 16 с.

19. Холостова, Е. И. Социальный контракт: от заключения до исполнения [Электронный ресурс] : Учебно-методическое пособие / Е. И. Холостова, Г. И. Климантова. - М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2013. - 164 с. - ISBN 978-5-394-01906-7. Режим доступа: znaniun.com/book_read.php/book

20. Энциклопедия социальных практик [Электронный ресурс] / Под редакцией Е. И. Холостовой, Г. И. Климантовой. - 2-е изд. - М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2013. - 660 с. - ISBN 978-5-394-01825-1. Режим доступа: znaniun.com/book_read.php book
21. WHO/ Global HIV/AIDS response – Epidemic update and health sector progress towards Universal Access – Progress Report. – 2011. – 46 с.
22. UNAIDS terminology guidelines 2015. Geneva: UNAIDS; 2015.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам – <http://window.edu.ru>
2. Научно образовательный портал – <http://megalibrary.ru>
3. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом – <http://www.hivrussia.ru/>
4. Центр профилактики и борьбы со СПИДом г. Магнитогорск.
<http://prodoctorov.ru/magnitogorsk/lpu/siterate/33164/>

ГЛОССАРИЙ

Абстинентный синдром (синдром лишения) – общее расстройство функций организма, характеризующимся тягостными физическими недомоганиями (общая слабость, озноб, боли, тошнота, рвота, поносы, слюно- и потоотделением), отклонениями в психике и поведении (нарушения сна, появления чувства тревоги, страхов).

Агрессия (лат. *aggression*) – физическое или вербальное (речевое) поведение, направленное на причинение кому-либо вреда или ущерба. Вербальная агрессия рассчитана на то, чтобы задеть чьи-либо чувства, причинить эмоциональное страдание.

Агрессия — индивидуальное или коллективное поведение, или действие, направленное на нанесение физического или психического вреда либо на уничтожение другого человека или группы.

Агрессивность – свойство личности, выраженное в предпочтении использования насильственных методов для достижения своих целей

Аддикция (англ. *addiction* – зависимость, пагубная привычка) – ощущаемая человеком навязчивая потребность в определенной деятельности или определенном веществе.

Аддиктология (англ. *addiction* — зависимость, лат. *logos* — учение) – наука об аддиктивном (зависимом) поведении

Акция, направленная на изменение поведения – сочетание мероприятий/действий, направленных на изменение рискованного поведения за счет создания благоприятных для этого условий.

Алгоритм – точное предписание относительно последовательности операций, которые осуществляют преобразование объекта в искомое состояние.

Антинаркотическая профилактика – это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет свое содержание, свою этапность и динамику развития, свой определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами.

Аттачмент – стойкая и сильная эмоциональная фиксация на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние.

Бисексуальность – сексуальное влечение и к своему, и к противоположному полу.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

ВИЧ-инфекция – хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека.

ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Влияние – процесс и результат изменения индивидом поведения другого человека, его установок, намерений, представлений, оценок в ходе взаимодействия с ним

Внешнее влияние – влияние, оказываемое внешними по отношению к целевой группе и неконтролируемыми ею факторами, такими, как время, место, окружение. Внешние факторы влияют на процесс принятия целевой группой решения о реагировании на информацию, изменении поведения. *ВИЧ* – вирус иммунодефицита человека.

Гнев – адресная агрессия через открытое прямое давление на партнера

Гомосексуализм – половое влечение к лицам своего пола.

Деонтология социальной работы – это комплекс норм, установлений и предписаний о долге и профессиональных обязанностях, ответственности социального работника (трудового коллектива учреждения социальной защиты) перед обществом и государством, перед социальной работой как профессией и социальным институтом, перед коллегами и перед клиентом социальной службы.

Деперсонализация (англ. *depersonalization*) – дегуманизация (обесценивание) межлич-

ностных отношений, негативизм, циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей. Для всех проявлений деперсонализации характерна утрата эмоционального компонента психических процессов: потеря чувств к близким, снижение эмпатии – отзывчивости, соучастия.

Дискриминация – [лат. discriminate – различение] – ограничение или лишение прав определенной категории граждан по признаку расовой или национальной принадлежности, по признаку пола, по религиозным и политическим убеждениям и т.д.

Добровольное консультирование и тестирование – сдача анализов на ВИЧ с консультированием до и после тестирования, это является добровольным и предполагает полное информированное согласие и конфиденциальность. Это то же самое, что и добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование.

Зависимость – хроническое заболевание, характеризующееся компульсивным (неконтролируемым, приступообразным) поведением при отсутствии адекватного отношения к негативным последствиям такого поведения.

Зависимость психическая – состояние организма, характеризующееся патологической потребностью в приеме какого-либо средства, вещества, с тем, чтобы избежать нарушений психики, психологического дискомфорта, вызванных прекращением приема этого средства (вещества), хотя и при отсутствии абстиненции.

Зависимость физическая – состояние организма, характеризующееся развитием абстинентного синдрома при прекращении приема средства, вызвавшего зависимость.

Злоупотребление ПАВ – употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Значимое окружение – группы людей и организации, способные оказать существенное влияние на целевую группу и, таким образом, на ход реализации ИК и ее результаты.

Интервенция (методика) – общий термин, употребляемый для обозначения любой процедуры или методики, которая разработана для того, чтобы прерывать, вмешиваться и/или изменять текущий процесс (например, прерывание продолжающихся неадаптивных моделей поведения).

Интервью – направленный диалог. Имеет своей целью обычно или собирание информации, или проведение специалистического воздействия.

Интервью глубинное – интервью, разработанное для исследования того, что лежит под поверхностью, чтобы иметь возможность исследовать неизвестные стороны или аспекты обсуждаемого вопроса.

Интервью недирективное – свободное, менее направленное интервью, в котором интервьюируемому человеку предоставлена значительная свобода в том, как отвечать на вопросы и/или вводить новые темы.

ИППП – инфекция, передающаяся половым путем.

Каналы коммуникации – способы, которые используются для охвата целевой аудитории (например, передача рекламных сообщений по телевидению или обучение целевой группы лицами того же возраста или находящимися в том же положении, что и обучаемые). Иногда каналы коммуникации и средства коммуникации частично дублируют друг друга (например, сериалы по радио).

Качественное исследование – служит для зондирования проблемы. Оно помогает получить представление о различных позициях и моделях поведения, существующих в целевой аудитории, и о том, что за этим стоит.

Кейс-менеджмент – процесс, в котором объединяются оценка, планирование, помощь и поддержка в получении услуг, соответствующих потребностям здоровья клиента, осуществляемый посредством общения и поиска доступных ресурсов для достижения качественных и рентабельных результатов.

Кодекс этический – свод нравственных норм, предписываемых к исполнению, принятого ассоциацией или союзом профессиональных социальных работников и в дальнейшем служащего стандартом этических отношений в профессиональной деятельности.

Количественное исследование – используется, когда нужно оценить ту же проблему, но привлекая большее количество людей, чтобы предсказать реакцию целевого рынка. В количественном исследовании можно проанализировать процентное соотношение людей, думающих или реагирующих тем или иным образом. Количественное исследование называется также «статистическим».

Коммуникации, изменяющие поведение (КИП) – согласованный процесс взаимодействия с общественностью. Заключается в разработке целенаправленных идей и подходов при использовании разнообразных коммуникативных каналов для формирования позитивного поведения; для пропаганды, поддержания и закрепления изменений в поведении отдельных лиц, групп людей, отдельных сообществ и всего общества.

Коммуникация – акт общения, связь между двумя или более индивидами, основанные на взаимопонимании; сообщение информации одним лицом другому или ряду лиц; массовая коммуникация – процесс сообщения информации с помощью технических средств – средств массовой коммуникации (печать, радио, кинематограф, телевидение) численно большим, рассредоточенным аудиториям.

Консультирование – метод социальной работы, который заключается в исследовании проблемы клиента, нахождении вместе с ним позитивных путей ее разрешения, даче советов и рекомендаций о путях и технологиях ее разрешения и об имеющихся социальных ресурсах; особая профессиональная служба или функциональное подразделение учреждения социального обслуживания, которое проводит консультирование клиентов.

Консультирование семейное – процесс оказания социально–психологической консультативной помощи при супружеских конфликтах и дисгармониях.

Конфиденциальность – этический принцип, в соответствии с которым социальный работник или другой представитель этой профессии не имеет права раскрывать информацию о клиенте без согласия последнего. Сюда может относиться информация о личности клиента, профессиональные суждения о клиенте, материалы из «истории болезни». В особых случаях социальные работники могут быть обязаны юридическим путем раскрыть определенным представителям властей некоторую информацию (как, например, угрозы применить силу, совершение преступлений, подозрения в жестоком обращении с ребенком), которые влекут за собой возбуждение судебного преследования.

Копинг (от англ. *cope* – справляться, преодолевать) – образ мышления и поведение, способствующие преодолению стресса. Включает следующие компоненты. *Когнитивное преодоление*, т. е. позитивное мышление относительно причин стресса и способов его преодоления – понимание причин стресса, рациональное осмысление ситуации и своих возможностей, поиск и оценка возможных средств (ресурсов), которые могут быть мобилизованы для преодоления стресса, позитивное мышление относительно стресс-ситуации и своих потенциалов. *Эмоциональное преодоление* – осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, контроль динамики переживания, устранение застреваний, неполного отреагирования и др. *Поведенческое (деятельностное) преодоление* – перестройка поведения, коррекция стратегий и планов, задач и режимов деятельности, активизация или дезактивация поведения или деятельности. *Социально-психологическое преодоление* – изменение направленности личности, коррекция жизненных ценностей или их приоритетов, расширение пространства социальных ролей, позиций и межличностных отношений (Л. В. Куликов, 1995, 2000).

Лудомания (от лат. *ludus* – игра и греч. *mania* – страсть, одержимость) – патологическая страсть к азартным играм.

Медико-социальная работа (М.-с.р.) – форма устройства здравоохранения, которая

определяется Всемирной организацией здравоохранения как регулярное социальное обслуживание в больнице и вне ее. М.-с.р. рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Мониторинг (от лат. monitor – предостерегающий) – продолжительные и многократные наблюдения, осуществляемые по однотипной методике с целью сбора, систематизации и анализа информации о соответствующих объектах и процессах.

Наркомания – заболевание, выражающееся в физической и/или психической зависимости от наркотических средств, в непреодолимом влечении к ним, приводящем к глубокому истощению физических и психических функций организма.

Наркотики – ПАВ, включенные в официальный перечень наркотических средств и психотропных веществ.

Наркотические вещества – это химические соединения немедицинского применения, имеющие растительное или синтетическое происхождение, которые изменяют психическое состояние человека, при длительном употреблении способны вызывать психическую, а затем и физическую зависимость, включенные в Перечень наркотических средств, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с ее законодательством.

Нарушения поведения – общий психиатрический класс нарушений, включающий в себя различные модели поведения, при которых индивид постоянно нарушает права, привилегии других людей, вмешивается в их личную жизнь.

Норма поведения – установившаяся общепринятая модель поведения в определенной ситуации.

Нравственная потребность – наивысшая степень нравственного сознания специалиста по социальной работе. Она характеризуется наличием моральной потребности в соблюдении требований профессиональной этики. Когда соблюдение требований профессиональной этики становится внутренней потребностью человека, он в соответствии с этическими принципами организует все свои волевые и эмоциональные качества, направляет усилия на решение этически сложных проблем именно с точки зрения нравственности. В этом случае соблюдение требований профессиональной этики становится устойчивым качеством личности, мощным фактором, мобилизующим ее для организации своего поведения и деятельности, делом долга и совести, чести и достоинства.

Партнерская сеть – совокупность организаций – провайдеров услуг, которые могут и должны предоставлять клиентам необходимые им услуги: социальные, медицинские и др.

Первичные маркетинговые исследования – нацелены на сбор информации о целевой аудитории и факторах, воздействующих на нее, непосредственно у нее самой. В отличие от вторичных маркетинговых исследований, когда происходит поиск информации, уже собранной другими исследователями, в ходе первичных исследований исследователи сами контактируют с представителями целевой группы и получают информацию непосредственно от них.

Переживания отчуждения — изменения восприятия самого себя (деперсонализация), других людей или окружающей обстановки (дереализация), которые субъективно выглядят как трансформация действительности или как утрата реальности.

ПИН – потребители инъекционных наркотиков.

Поведение аддиктивное – одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций.

Поведение зависимое – одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации.

Помощь психологическая – область и способ деятельности, предназначенные для содействия человеку и сообществу в решении широкого круга проблем, порождаемых душевной жизнью человека в социуме.

Профессиональный долг специалиста – это те требования, которые общество, профессия, коллектив, клиенты и он сам предъявляют к поведению и действиям, и то, в чем он сам испытывает потребность и за что несет ответственность. Долг выступает перед специалистом в виде обязанностей, соблюдение которых становится его внутренней нравственной потребностью.

Профилактика – система научно обоснованных и своевременно предпринимаемых действий, направленные на предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов групп риска, сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей, содействие им в достижении поставленных целей и раскрытие их внутреннего потенциала.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИДа – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования.

Профилактика общая – предполагает социальную, психолого-педагогическую и социально-педагогическую профилактику.

Профилактика специальная – система мер, ориентированных на решение определенной задачи: профилактика девиантного поведения и т.п.

Психоактивные вещества (ПАВ) – химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Психотерапия – метод лечения больного средствами психического воздействия. Следует различать медицинскую психотерапию, которую можно определить как систему лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного, и психологическую психотерапию – решение внутриличностных проблем человека психологическими средствами. В конкретной практике эти два вида психотерапии взаимодействуют и обогащают друг друга.

Работоголизм (трудоголизм) – вид аддикции, который проявляется в чрезмерной увлеченностью индивида своей трудовой, производственной деятельностью, когда он всецело отдается ей, пренебрегая другими сторонами своей жизни.

Реабилитация – система мероприятий, имеющих целью быстрее и наиболее полное восстановление способности к социальному функционированию больных, инвалидов и других категорий дезадаптивного населения. Различаются следующие виды реабилитации: медицинская, психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, трудовая, социально-бытовая, спортивная.

Редукция личных достижений (англ. *reduced personal accomplishment*) – уменьшение или упрощение действий, связанных с трудовой деятельностью, снижение значимости достигнутых результатов собственного труда.

Резистентность (от англ. *resist* – сопротивляться) – способность к сопротивлению и устойчивость к воздействию экстремальных условий или стресс-факторам окружающей среды.

Ресурсы личности – умения и навыки, знания и опыт, модели конструктивного пове-

дения, актуализированные способности, дающие возможность человеку быть более адаптивным и стрессоустойчивым, успешным и удовлетворенным качеством своей жизни.

Ресурсы человеческие – включают в себя в рамках конкретной организации всех работников (занятых как полный рабочий день, так и неполный, постоянных и временных, работающих как в центральном офисе организации, так и в ее филиалах или на дому), которые вносят свой вклад в деятельность организации. Термин Р. ч. отражает представление о том, что люди – это важный ресурс организации, во многом определяющий ее конкурентоспособность. Успех управления человеческими ресурсами зависит от интеграции представлений о важности человеческих ресурсов в стратегию и политику организации и внедрения принципов, на которых основывается управление, в повседневную работу всех менеджеров организации, начиная от высшего руководства и заканчивая линейными менеджерами.

Рефрейминг (от англ. *reframe*) – переформирование, дословно – обрамлять, придавать форму (вставить в новую раму ту же картину, вставить в ту же раму новую картину; заново приспособить, по-новому сформулировать). Рефрейминг – техника модифицирования формы и содержания суждений, утверждений, направленная на изменение смыслового значения события, или нахождение нового смысла (когнитивная переоценка) того или иного события. В основе рефрейминга лежит когнитивное реструктурирование по технологии НЛП.

Самомониторинг (англ. *self-monitiring*) – определение способов презентации себя в социальных ситуациях и регулирование поведения с целью произвести желаемое впечатление.

Саморегуляция (от лат. *regulare* – подчинять определенному правилу) – непроизвольное и произвольное подчинение содержания психической деятельности и поведения (структуры деятельности) целям и задачам; способность управлять своими эмоциями, амбициями, поведением, особенно в эмоционально и когнитивно сложных ситуациях; умение управлять уровнем психологического стресса.

Сензитивность (от лат. *sensetivus* – чувствительный) – специфическое свойство индивидов, которое проявляется в повышенной чувствительности к социальным событиям–ситуациям, часто – в повышенной тревожности, гипермнительности, гиперфобийности, в переживаниях страха попадания в новые сложные ситуации. Сензитивность – психическое явление, заключающееся в повышенном реагировании (иногда вплоть до неадекватных реакций) на эмоциональные раздражители. Сензитивным людям часто свойственна застенчивость, робость, импрессивная впечатлительность, склонность искажать, деформировать, преувеличивать опасность событий, осознавать чувство собственной неполноценности.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности.

Синдром профессионального выгорания – совокупность стойких симптомов, проявляющихся в негативных эмоциональных переживаниях и установках относительно своей работы (профессии) и субъектов делового общения. Согласно модели Масlach и Джексон, выгорание представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений. Эмоциональное истощение – чувство опустошенности и усталости, вызванное работой. Деперсонализация – циничное отношение к реципиентам (субъектам делового взаимодействия: клиентам, клиентам, ученикам, коллегам, партнерам). В социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Редукция профессиональных достижений – возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере или неудовлетворенности результатами своей работы.

Социальное сопровождение – это совокупность организационных, консультативных, посреднических, профилактических, реабилитационных и других мероприятий, осуществляемых в форме индивидуальной работы, позволяющих успешно противодействовать рас-

пространению в обществе ВИЧ-инфекции и улучшить качество жизни клиентов, уязвимых/живущих с ВИЧ.

Социально-уязвимые группы – это сообщества людей, в силу различных причин оказавшихся не способными на контроль за определенными обстоятельствами своей жизни.

Стресс (англ. *stress* – напряжение, давление) – состояние психического напряжения, психической обструкции, которая возникает в процессе деятельности, как правило, в экстремальных или сложных условиях. Механизм стресса – это неспецифические физиологические и психологические проявления адаптационной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях (Л. А. Китаев–Смык, 1983). Стресс – «состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации» (Ю. С. Савенко).

Стрессовые (стрессогенные) ситуации – ситуации, характеризующиеся наличием сильных или многочисленных раздражителей, которые представляют угрозу потери здоровья, материальных или информационных ресурсов, социального статуса, уважения, контроля над ситуацией и др.

Стрессоры (стресс-факторы) – внешние и внутренние факторы, в результате действия которых человек оказывается в стрессовом состоянии.

Стрессоустойчивость – способность противостоять стрессорному воздействию (ситуации), активно преобразовывая стресс-ситуацию или приспосабливаясь к ней. Под ресурсами стрессоустойчивости личности понимаются индивидуальные свойства и способности, обуславливающие психологическую устойчивость в стрессогенных ситуациях. Компоненты стрессоустойчивости: способность прогнозировать развитие жизненных ситуаций и таким образом избегать, стрессорного воздействия; способность контролировать эмоции, развитые волевые качества личности, (способность действовать в направлении поставленных целей и задач, мобилизовать психику в экстремально–ситуативных обстоятельствах), владение навыками саморегуляции; способность выдерживать более длительное и сильное, чем в привычных условиях, напряжение (эмоциональное, волевое, физическое); способность выдерживать пиковые нагрузки в экстремальных условиях; активность в преобразовании стрессовой ситуации; опыт разрешения стрессовых ситуаций и владение эффективными способами их преодоления; гибкость адаптационных процессов в ответ на одновременно появляющиеся и исчезающие стрессоры и их сложные сочетания; способность к полноценной самореализации, личностному росту со своевременным и адекватным разрешением внутриличностных конфликтов; удовлетворенность самореализацией (Л. В. Куликов).

Тактичность – умение предвидеть все объективные последствия своих поступков или действий и их субъективное восприятие клиентом, коллегами и другими людьми. Умение выстроить свои действия таким образом, чтобы не поставить невольно кого–либо в неловкое положение, не задеть самолюбие личности, не унижить ее, достигается путем всесторонней оценки противоречивой ситуации, а также тенденций и динамики ее развития.

Терпимость – моральное качество, характеризующее уважительное отношение к интересам, убеждениям, верованиям, привычкам других людей. Терпимость специалиста по социальной работе основывается на устойчивом навыке принимать человека таким, каков он есть, на признании его права быть самим собой, иметь собственные привычки, взгляды, убеждения, вести тот образ жизни, который он считает целесообразным, если это не имеет характера уголовно наказуемой или иной социально опасной деятельности.

Установка (англ. *attitude*) – благоприятная или неблагоприятная оценочная реакция на что– или кого-либо, которая выражается в мнениях, чувствах и целенаправленном поведении (Д. Майсрс).

Установка аддиктивная – совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни.

Фрустрация (лат. *frustratio* – обман, тщетное ожидание) – психическое «состояние дезориентации сознания и деятельности личности, возникающее, когда вследствие каких–

либо препятствий и противоречий мотив остается неудовлетворенным или его удовлетворение тормозится» (В. С. Мерлин). Фрустрация вызывается «объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели как к решению задачи». Фрустрация – внутренний конфликт личности между ее направленностью и объективными возможностями, с которыми личность не согласна (Платонов, 1984). Фрустрация связана с неудовлетворенными потребностями, желаниями, а также неудачами, неудачами. Образно говоря, фрустрация – это стресс «рухнувшей надежды». Это состояние сопровождается ярко выраженными негативно-индивидуальными переживаниями, такими как напряжение, раздражение, гнев, тревога, разочарование, апатия, отчаяние, чувство крушения. Фрустрация возникает при столкновении с фрустрирующей ситуацией и ведет к дистрессу.

Фрустрирующая ситуация – критическая жизненная ситуация, необходимым признаком которой является наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность) и преодолеть преграды, препятствующие этому достижению (Ф. Е. Василюк). Фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру фрустрирующих мотивов и по характеру «барьеров». К внутренним барьерам относятся личностные препятствия достижения цели, к внешним – барьеры, которые не дают возможность субъекту выйти из ситуации или изменить ее.

Эйфория (от греч. *euphoria* – хорошо переносу) – неоправданное реальной действительностью благодушное, повышенно-радостное настроение.

Эмоциональное истощение – основная составляющая «профессионального выгорания»; проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему, равнодушии или эмоциональном перенасыщении, в появлении агрессивных реакций, вспышках гнева, симптомов депрессии.

Эмпатия (греч. *empathia* – сопереживание) – умение постигать эмоциональное состояние, проникать в переживания другого человека.

Этические действия – определенные структурные элементами (действия), которые могут быть оценены с позиций морали и нравственности. Специалист действует в ценностно-ориентированном мире, где каждое действие, цель, мотив, средство достижения цели или даже намерение может получить оценку с точки зрения соответствия его моральным нормам, т.е. представлениям общества или микросоциума о добре и зле.

Этические принципы – моральные требования, относительно которых осуществляется деятельность специалиста. Они базируются на ценностях, признаваемых обществом, профессией.

Этические отношения – требования, предъявляемые субъектами отношений друг к другу в части выполнения профессиональных обязанностей и долга; нравственных принципов, лежащих в основе социальной работы и подчиняющих себе всю деятельность; моральных качеств, которыми должны обладать и актуализировать в работе субъекты социальной деятельности; постоянного самоконтроля специалистов в их деятельности.

Этическое сознание – отражение социального бытия специалиста и деятельности, возникающих в процессе профессиональных отношений. Это сознание является субъективным отражением морали, поскольку объективная социальная необходимость и общественные потребности отражаются в сознании специалиста как идеи о должном поведении и действиях. Содержит три необходимых компонента: нравственные знания, нравственные убеждения и нравственная потребность.

Эффективность услуги – степень успешности деятельности по достижению цели и задач с оптимальной экономией затрат ресурсов разного уровня. **Критерии эффективности** – совокупность требований, которые предъявляются к формированию системы показателей эффективности и результативности предоставления социальных услуг и других видов деятельности социальных служб; мерило, эталон, наиболее общий показатель, высшая степень

развития предмета, процесса, существенный признак действенности социальных услуг, социальной адаптации и социальной реабилитации. **Показатели эффективности социального сопровождения** – система индикаторов эффективности воздействия деятельности специалиста по социальной работе на семью и отдельных граждан, отражающие количественные и качественные подходы и параметры к измерению эффективности деятельности социальных служб.

«Я-концепция» – форма самосознания, проявляющаяся в относительно устойчивой, в большей или меньшей степени осознаваемой системе представлений индивида о самом себе, на основе которой он строит взаимоотношения с другими людьми и отношение к себе. «Я-концепция» как совокупность всех представлений о себе включает убеждения, оценки, набор установок, направленных на самого себя и тенденции поведения (Р. Берне). «Я» – функциональная составляющая психики, которая включает различные компоненты: «познающее Я», «эмпирическое Я», «материальное Я», «социальное Я», «духовное Я» (У. Джемс, 1981); Супер-Эго, Оно (Ид) – бессознательная сфера влечений, инстинктов; «Я»-идеал, Сверх-«Я» (Супер-Эго) – осознаваемая составляющая (Фрейд, 1989). Сила «Я-концепции» определяется как результат выделения человеком самого себя из окружающей среды, что позволяет ему ощущать себя субъектом своих физических и психических состояний, действий и процессов, переживать целостность и тождественность с самим собой как в отношении своего прошлого, так и настоящего и будущего. Формирование «Я» осуществляется на основе деятельности, воспитания и самовоспитания, освоения социального опыта, памяти. «Я-концепция» предопределяет образ действий людей и является ключевой детерминантой ощущения ими своей жизни как счастливой или трагической.

Учебное текстовое электронное издание

**Бурилкина Светлана Анатольевна
Гурьянова Инна Владимировна
Кузьменко Наталья Ивановна
Потрикеева Ольга Леонидовна
Пятунин Виталий Александрович**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Учебное пособие

1,26 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 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 социальной работы и психолого-педагогического образования
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru