

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К МОДУЛЯМ ПРОГРАММ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ТЕМЕ «ОХРАНА
ЗДОРОВЬЯ, ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И АСОЦИАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ»**

Авторский коллектив: Н.А. Сирота

В.М. Ялтонский

Т.В. Воробьева

А.В. Ялтонская

М.А. Панфилова

В данном методическом пособии представлены материалы к обучающим циклам (модулям) по дисциплинам: Психология здоровья, Отклоняющееся поведение, Психология зависимости, Профилактика алкоголизма и наркоманий, Эмоционально-поведенческая коррекция, Суицидология, Основы мотивационного консультирования.

Данные материалы являются авторскими разработками, представляющими оригинальное направление научно-исследовательской, практической и педагогической деятельности авторов, основанное на многолетних научных исследованиях, неоднократно проверенной практикой широкого внедрения программ и технологий здорового образа жизни, профилактики отклоняющегося, аддиктивного и дезадаптивного, асоциального поведения, алкоголизма и наркоманий.

Об авторах:

Сирота Наталья Александровна – доктор медицинских наук, профессор, декан факультета и заведующая кафедрой клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», руководитель отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ ФГУ «Национальный научно-исследовательский центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»;

Ялтонский Владимир Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», руководитель отдела профилактических исследований ФГУ «Национальный научно-исследовательский центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»;

Воробьева Татьяна Викторовна - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ», старший научный сотрудник отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ ФГУ «Национальный научно-исследовательский центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»;

Ялтонская Александра Владимировна – научный сотрудник отделения анализа и внедрения профилактических и реабилитационных программ ФГУ «Национальный научно-исследовательский центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ»;

Панфилова Марина Александровна - кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Факторы формирования здорового, адаптивного и аномального поведения.	
<i>Часть 1. Особенности развития эмоциональной сферы у детей.</i>	5
<i>Часть 2. Эмоциональные нарушения в детском возрасте</i>	19
Глава 2. Факторы, участвующие в формировании отклоняющегося (дезадаптивного) поведения подростков.	24
<i>Подходы к развитию адаптационной стратегии разрешения проблем</i>	27
<i>Подходы к развитию адаптационной стратегии поиска социальной поддержки</i>	32
Нарушения социальной адаптации у детей и подростков	33
<i>Копинг-стратегии, свойственные детскому возрасту в структуре поведения подростков</i>	37
Глава 3. Я-концепция в подростковом возрасте и ее роль в формировании адаптивного, отклоняющегося и аддиктивного поведения.	39
<i>Сфера «Психологическое Я – контроль побуждений»</i>	43
<i>Сфера «Психологическое Я – эмоциональный тон»</i>	46
<i>Сфера «Психологическое Я – образ тела»</i>	48
<i>Сфера «Социальное Я – социальные отношения»</i>	50
<i>Сфера «Социальное Я – нравственные нормы поведения, моральное Я»</i>	51
<i>Сфера «Социальное Я – профессионально-образовательные стремления, цели»</i>	53
<i>Сфера «Сексуальное Я»</i>	54
<i>Сфера «Семейное Я»</i>	55
<i>Сфера «Совладание со стрессом. Контроль над средой»</i>	56
<i>Сфера «Совладание со стрессом. Психопатология»</i>	57
<i>Сфера «Совладание со стрессом. Приспособляемость»</i>	58
<i>Сфера «Я-реальное»</i>	59
<i>Сфера «Я-идеальное»</i>	60
Глава 4. Подходы к модификации и развитию Я-концепции.	
Мотивационное консультирование.	62
<i>Техника проведения мотивационного консультирования.</i>	65
Глава 5. Профилактика и психологическая коррекция нарушений психосоциальной адаптации и отклоняющегося поведения.	67
<i>Модель активного адаптивного копинг-поведения</i>	67
<i>Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения</i>	69
<i>Модель пассивного дисфункционального дезадаптивного копинг-поведения подростков</i>	73
<i>Методы и формы профилактики нарушений психосоциальной адаптации в младшем, среднем и старшем школьном возрасте.</i>	80
<i>Преимущества групповой работы</i>	86
<i>Психопрофилактическая работа с подростками среднего и старшего подросткового возраста</i>	87
Глава 6. Профилактика алкоголизма и наркоманий.	90
<i>Подход, основанный на распространении информации о вреде наркотиков</i>	93
<i>Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении.</i>	95
<i>Подход, основанный на роли социальных факторов</i>	95
<i>Подход, основанный на формировании жизненных навыков</i>	96
<i>Подход, основанный на альтернативной потреблению наркотиков деятельности</i>	98
<i>Подход, основанный на укреплении здоровья</i>	99
<i>Интегративный подход</i>	100
<i>Концептуальные модели профилактики наркоманий и токсикоманий.</i>	101
<i>Разработка концептуальных моделей профилактики в России.</i>	104
<i>Задачи профилактической деятельности</i>	104
<i>Технологии профилактики</i>	106
<i>Организационные основы профилактики</i>	110
<i>Стратегии профилактического воздействия</i>	112
<i>Профилактические программы для детей и подростков школьного возраста</i>	116
<i>Программы профилактической работы с родителями</i>	118

Глава 1. Факторы формирования здорового, адаптивного и аномального поведения.

Часть 1. Особенности развития эмоциональной сферы у детей.

Эмоциональные процессы у детей играют ведущую и доминирующую роль в общей структуре психической деятельности. Как утверждала Л.И. Божович, в процессе развития эмоциональной сферы у детей на смену аффективной импульсивности, произвольности, неустойчивости приходят стабильные эмоциональные отношения – чувства, которые определяют систему нравственных, этических и других ценностей ребёнка, которые детерминируются его опытом, усвоением социальных норм и правил в ходе чувственно-предметной деятельности. Причинами нарушений психосоциальной адаптации исследователи называют физиологические, психологические и социальные причины, в комплексе, где социальные факторы существенно влияют на возникновение дисгармоний в развитии.

Развитие эмоций и эмоционального реагирования детей на стресс происходит по направлению от полевой реактивности – к избирательности внешних стимулов, от безопасной стереотипизации – к индивидуализации, от выделения своих желаний, своего Я – к социализации, осознанию и пониманию эмоций других людей. В своих исследованиях В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Р.Н. Грановская говорят о необходимости существования баланса тонизирования внешней средой и аутостимуляцией, выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции:

Уровень полевой реактивности, где аффективное переживание ещё не содержит явной положительной или отрицательной оценки полученного впечатления. Оно связано с общим ощущением комфорта или дискомфорта в психическом поле. На этом уровне дети реагируют только на интенсивность, не оценивая качества воздействия, и организуют наиболее пассивные формы поведения. Дискомфорт мгновенно неосознанно вызывает у ребенка двигательную

реакцию, удаляя его от неприятных стимулов. Этот уровень «отвечает за снятие сверхсильного напряжения как положительного, так и отрицательного, поддерживая состояние аффективного комфорта».

Уровень стереотипов более активный, играет важную роль в приспособлении ребёнка к внешнему миру, создаёт индивидуальный стереотип сенсорного контакта со средой, арсенал привычек. Основная его задача – регуляция процесса удовлетворения соматических потребностей. Он аффективно связывает внутренние ощущения организма с внешними стимулами, обладает яркой и стойкой эмоциональной памятью. Эмоционально ярко окрашенным является как положительное и отрицательное воздействие. «Ситуация нарушения привычной аффективной связи и задержка уже «заявленного» приятного ощущения здесь почти непереносимы. В тяжёлых случаях раннего нарушения аффективного развития, когда ведущим в приспособлении к окружающему длительно остаётся второй уровень, ребёнок со страхом воспринимает изменения в окружающей обстановке, нарушение привычного режима, оценивает задержку исполнения желания как «катастрофу». Здесь, столкнувшись с препятствием, субъект переживает беспомощность, тревогу и страх. На этом уровне избирательно усиливаются стенические состояния, используя различные формы аутостимуляции (ритмические движения, поиск позитивных тактильных ощущений).

Уровень экспансии может наблюдаться у ребёнка во втором полугодии жизни, и он проявляется в обеспечении достижения аффективно значимой цели, в преодолении неожиданных препятствий на пути к ней, в овладение неизвестной, опасной ситуацией. Препятствие может стать приятным и активизирует индивида во взаимодействии с окружающим, создаёт необходимость в оценке своих сил, рождает потребность в столкновении с барьером. Нестабильность ситуации рождает любопытство, мобилизует субъекта на преодолении опасности. Он может испытывать гнев, азарт, которые бодрят в предвкушении победы. Рождается и накапливается аффективное самоощущение «могу» и «не могу». Отрыв от сенсорной среды переносит аффективные переживания в систему воображения. Цель может быть достигнута символически (в игре, рисунке). Аутостимуляция по

механизму «качели» заставляет ребенка искать ощущение опасности при положительной оценке своих возможностей. Это уровень аутокоррекции своих страхов.

Уровень эмоционального контроля углубляет взаимодействие индивида с окружающим миром. «Он отвечает за разрешение сложных этологических задач организации жизни индивида в сообществе». Оценка качества задаётся не параметрами своего «Я», а эмоциональной оценкой другого человека. Здесь происходит реализация социальных норм, правил, даже если это находится в противоречии с субъективными переживаниями.

Формирование у детей эмоций, развитие и совершенствование их структуры и функций в одних случаях может быть объяснено главным образом усложнением когнитивных механизмов психического отражения, в других – трансформациями мотивационной, смысловой сферы личности и особенностями механизмов актуализации этих личностных образований. Соотношение когнитивных и личностных детерминант в сложной системной организации эмоциональных явлений у ребенка весьма динамично, и оно определяется как конкретными условиями реальной деятельности, так и различными внеситуативными факторами.

Развитие эмоций в эмбриональном и младенческом периоде

Первые волнения у ребёнка появляются ещё в эмбриональный период, когда его развитие сопровождается трудностями физиологического и психологического характера (тревога матери, эмоциональные стрессы, гормональные нарушения и др.). «Беспокойство, испытываемое женщиной во время беременности, является первым «опытом» беспокойства у ребёнка» (А.И.Захаров). При эмоциональном стрессе у матери во время беременности отмечена большая вероятность преждевременных родов, а также различных нарушений родовой деятельности (слабость родовой деятельности, гипоксия, асфиксия и пр.). Такие новорождённые отличаются повышенной нервной возбудимостью и более высоким мышечным тонусом. Таким младенцам необходимо создавать щадящие условия (исключить резкие звуки, яркий свет и т.п.). Исследования показывают, что ощущение

опасности у ребёнка появляется не в момент родов, а ещё раньше, в пренатальном периоде. Конституция, пренатальный опыт и обстановка непосредственно после рождения играет роль в предрасположенности к тревоге.

Многие исследователи отмечают, что любовь и забота о ребёнке непосредственно после рождения уменьшают длительность и интенсивность травматических последствий, а соответственно, отсутствие этого отягощает дисгармонию в эмоциональном и личностном развитии. Заболевания и повреждения повышают уровень тревоги и закладывают почву для особой чувствительности организма к ситуации опасности в будущем.

Эмоциональное общение матери и малыша, которое М.И. Лисина называет «ситуативно-личностным» или «непосредственно-эмоциональным» является ведущей деятельностью в этом периоде, то есть, именно оно определяет дальнейшее психическое и физическое развитие ребёнка. Изоляция ребёнка, дефицит эмоциональных контактов с взрослыми может породить необратимое недоразвитие детей. Именно в эмоциональных контактах у ребёнка возникает стремление поделиться с взрослым своими переживаниями и способность сопереживать ему. Мать является для ребёнка очень значимым объектом, от неё зависит питание, комфортные ощущения, именно она погружает малыша в окружающий мир с разнообразными предметами и явлениями. О том, что приятно, полезно и неприятно, опасно младенец может узнавать по мимике, интонированию речи, тактильным прикосновениям матери. В этот период оформляются аффективно-личностные связи между ними, которые могут обеспечить формирование доброго отношения ребёнка к людям, к окружающему миру, и воспитать уверенность в себе.

Социализация эмоций как результат научения обнаруживается в возрасте 2.5 – 7 месяца, а развитие способности выразить свои эмоции, наблюдаемое во 2 –м полугодии первого года жизни, связывается с развитием функций памяти, с процессами вербального развития и выражается в овладении способами регуляции межличностных взаимодействий. Г.И. Онищенко отмечает последовательная смена ведущих функций эмоций – от оценки, предвосхищения до непосредственного побуждения.

Помимо доброжелательного влияния взрослого, младенцу важно практическое сотрудничество с ним. К концу первого полугодия жизни возникает «ситуационно-деловая форма общения с взрослым». Общение теперь включается в практическую деятельность малыша и как бы обслуживает его «деловые интересы».

Вторую половину младенчества отличают качественные изменения в отношениях ребёнка к окружающему миру. Различные формы подражания, проявление ненасытной потребности в манипуляции предметами, которые Л.С. Выготский определил как «период активного интереса».

Основное новообразование младенческого возраста – это переход первоначального сознания психической общности «пра-мы», к возникновению сознания собственной личности «Я».

Становление ходьбы, речи, первые акты протеста, оппозиция, противопоставление себя другим – вот те основные моменты, которые обычно описывают как содержание кризиса первого года жизни. Первый год жизни – становление субъекта, сделавшего первый шаг на пути формирования личности. Познавательная деятельность ребёнка обращается ещё не только на внешний мир, но и на самого себя. Ребёнок требует внимания и признания со стороны взрослого. В младенчестве ребёнок относится к сверстнику как к очень интересному предмету: изучает и ощупывает его, не видит в нём человека. Но даже в этом возрасте взрослый может способствовать развитию у ребёнка по отношению к сверстникам таких качеств личности, как сочувствие, эмпатия и т.п.

В этом возрасте формируется привязанность к матери. Проявляется отчётливое беспокойство, тревога в отсутствии матери около 7 месяцев, а боязнь чужих людей – в 8 месяцев. Агрессивные тенденции больше проявляются в раздражительности при фрустрирующих обстоятельствах или как подражательные действия, которые могут закрепиться при позитивных реакциях на них взрослого.

Итак, этот период развития ребёнка детерминирован удовлетворением основных потребностей малыша (витальных, в эмоциональном общении с матерью), Именно это удовлетворение создает почву для эмоционального благополучия человека. Состояние нервной системы, возбудимость ребёнка, психосоматическая

ослабленность может быть значительно компенсирована внешними условиями, любовью и заботой матери или близкого взрослого.

Появление агрессивных или тревожных нарушений в этом возрасте, чаще всего имеет следующие причины:

- Нарушение в эмоциональном общении с взрослым;
- Неадекватное отношение к индивидуальным потребностям ребёнка со стороны взрослых (пренебрежение или чрезмерное насыщение);
- Накопление и перегрузка негативными сенсорными стимулами (негативные условия, вредная среда; болезни, ранняя госпитализация);
- Эмоциональные расстройства у близкого взрослого (тревожность, страхи, стрессы, неврозы, раздражительность и др.)

Развитие эмоций в раннем детстве.

От года до трёх лет наступает новый этап в развитии личности ребёнка – это раннее детство. Деятельность ребёнка со стороны взаимоотношений с взрослыми может быть охарактеризована как совместная деятельность, Малыш хочет, чтобы старшие вместе с ним включались в занятия с предметами, он требует от них участия в своих делах, и предметное действие ребёнка становится совместным действием ребёнка и взрослого, в котором элемент содействия является ведущим.

Содержание потребности в сотрудничестве с взрослым в рамках «ситуативно-делового общения» претерпевает у детей изменения в первые год-полтора, на доречевом уровне развития. В это время детям требуется помощь в предметных действиях. Позже на речевом уровне, стремление к сотрудничеству с взрослым получает новый оттенок. Малыш не ограничивается ожиданием помощи взрослого. Теперь он хочет действовать, как взрослый, по его примеру и образцу, копировать его.

В это время происходит важное событие в развитии личности ребёнка – он начинает отличать безусловно положительное общее отношение взрослого к себе, от оценки им своих отдельных действий. Однако многие замечания взрослого ребёнок этого возраста игнорирует. При действиях с предметами дети чрезмерно уверены в себе. Они смелы, и их надо оберегать, но разумно. Это время оформления

инициативности и самостоятельности, которому могут помешать избыточные ограничения. Вместе с тем ребёнок становится и сосредоточенным наблюдателем: он внимательно слушает наставления старших, пытается подчинить своё поведение их советам.

В рамках ситуативно-деловой формы общения с взрослым, действуя по его образцу, в условиях делового сотрудничества с ним, дети овладевают и речью.

Ситуативно-деловая форма общения имеет очень важное значение для развития личности ребёнка. Задержка на непосредственно эмоциональном этапе общения с взрослым чревата задержками в развитии малыша, трудностями адаптации к новым условиям жизни.

К трём годам ребёнок, овладевая многими навыками, стремится к самостоятельности. Он настойчиво твердит «Я сам», что находит противоречие у взрослого. Обостряется кризис и переживания ребёнка.

Центральным новообразованием считается появление «системы Я», которая порождает потребность действовать самому. Развивается самосознание ребёнка.

С ровесником малыш занимает позицию участника в общих шалостях, действиях с игрушками. Они заражают друг друга весельем, демонстрируя себя. В общении с детьми развивается инициатива, свобода (независимость), ребёнок начинает понимать свои возможности. Однако бывают и конфликты. В раннем детстве на первый план все активнее выдвигаются конфликты и ссоры с ровесниками, связанные с обладанием вещами, чаще всего игрушками. В этот же период развития возрастает число случаев использования детьми физического насилия, вспышки ярости становятся более целенаправленными, и в поведении ребенка отчетливо прослеживается реакция нападения. Вероятно, это связано с преобладающими в данном возрастном периоде механизмами адаптации ребенка, а именно «удерживанием и отпусканием» (по Э.Эриксону).

Конфликты между «обладать» и «отдавать» могут вести либо к враждебным, либо к доброжелательным ожиданиям и установкам. Поэтому удержание может становиться как деструктивным и грубым захватом или задерживанием, так и превращаться в способ заботы: иметь и сохранять. Отпускание также может

превращаться в стремление давать волю своим разрушительным страстям или же становиться пассивной готовностью оставлять «все как есть» и полагаться на естественный ход событий. Подавляющее большинство детей 1,5 – 2 –летнего возраста добровольно не отдают собственных игрушек или делают это, только уступая авторитету родителей, но с явной неохотой, обидой или плачем. Это наводит на размышление о том, что ребенок включает собственные вещи, в том числе и игрушки, во внутренние границы «Я» и рассматривает их, как части самого себя. Недифференцированность и слияние всех частей «Я» приводит к невозможности установления контакта с окружающими в этой сфере отношений.

Конфликты между детьми, связанные с обладанием вещами и игрушками возникают, когда внутренние границы «Я» пересекаются, т.е. несколько детей хотят обладать одной и той же игрушкой или один из детей пытается расширить свои границы путем экспансии чужих игрушек.

В состав эмоциональных реакций включены вегетативные и моторные реакции; переживая обиды: ребенок плачет, закрывает лицо руками, бросается на пол, его дыхание неровное, пульс частый.

Ребенком до трех лет переживаются последствия собственных действий, их оценка взрослым человеком. Не возникает переживаний по поводу того, заслуживает поступок одобрения или порицания, к чему он приведет, ни в самом процессе действия, ни тем более, предварительно. Аффект оказывается последним звеном в цепи разворачивающихся событий.

В первые годы жизни агрессия проявляется почти исключительно в импульсивных приступах упрямства, часто не поддающихся управлению взрослых. Выражается это чаще всего вспышками злости или гнева. Ребенок кричит, сжимает кулаки, брыкается, кусается, может сломать вещь. Причиной такого поведения является блокирование желаний или намеченной программы действий в результате применения воспитательных воздействий. Ясно, что такое поведение ребенка вызвано состоянием дискомфорта, фрустрации или беспомощности.

Страхи в этом возрасте становятся более определёнными. Страшные сказки, эмоциональные события, пугающие звучащие игрушки могут усиливать тревожно-фобические расстройства.

Развитие эмоций у дошкольников.

Дошкольный возраст, как писал А.Н.Леонтьев, – это «период первоначального фактического склада личности». Именно в это время происходит становление основных личностных механизмов и образований. Развиваются тесно связанные друг с другом эмоциональная и мотивационная сферы, формируется самосознание.

У детей дошкольного возраста совершенствуются параметры выделения экспрессивных признаков, дифференцированности и обобщённости экспрессии, а в механизмах развития распознавания и понимания эмоций существенную роль играют вербальные функции. При этом преимущество мимических признаков, на основе которых строились суждения об эмоциях ранее, ослабевает и принимаются во внимание ситуационные (сюжетные) признаки.

Дошкольники начинают понимать эмоции разных модальностей, правильно оценивать эмоциональную вокализацию речи и адекватнее воспринимать эмоции страха и гнева. Начиная с 4-летнего возраста, у детей появляется возможность различать истинные и внешне проявляемые эмоции, которые отчётливо формируются к 6 годам, при этом лучше распознаются отрицательные эмоции. Развивается способность осознавать правомочность амбивалентных, противоречивых эмоций, переживаемых одновременно; происходит сдвиг основных причин, вызывающих эмоции, из области внеперсональных в область межперсональных отношений, эмоции начинают обуславливаться не только внешними, но и субъективными факторами.

На примере отрицательных эмоций – страхов Д. Бауэром показано, что с возрастом уменьшается их ирреальная, образная, и увеличивается реалистическая тематика, а в агрессивных реакциях у детей от 3 до 5 лет ослабевают вокальные и возрастают моторные проявления, которые становятся более направленными. В этом возрасте происходит дифференциация эмоциональных ответов и усложнение их содержательных детерминант. Интенсивность эмоций имеет тенденцию

ослабевать, но усиливается их произвольность, выразительность, богатство экспрессии, усложняется модальная структура переживаний, возрастает роль социокультурных факторов в проявлении экспрессии, появляется возможность тормозить одни и усиливать другие эмоциональные проявления в соответствии с требованиями окружения.

Рассматривая фазы развития эмоциональной (эмпатической) регуляции – сочувствие, сопереживание, содействие; Л. П. Стрелковой акцентируется внимание на соответствующей динамике её осознанности и произвольности, характере когнитивной ориентации в ситуации. При преодолении ситуации неопределённости роль эмоциональных выборов не ослабевает, а увеличивается, и эмоциональные предпочтения обеспечивают облегчение принятия решения. К. МакКои Подчёркивается возрастание количества вербальных и социальных стратегий в механизмах эмоционально регуляции в период от 3 до 12 лет.

Центральными новообразованиями дошкольного возраста можно считать соподчинение мотивов и самосознание.

Соподчинение мотивов у дошкольников.

Самым важным личностным механизмом, формирующимся в этом периоде, считается соподчинение мотивов. Оно появляется в начале дошкольного возраста и затем последовательно развивается. Все желания ребенка раннего возраста были одинаково сильны и напряжены. Мотивы дошкольника приобретают разную силу и значимость. Уже в младшем дошкольном возрасте ребенок сравнительно легко может принять решение в ситуации выбора одного предмета из нескольких. Вскоре он может подавлять свои непосредственные побуждения. Это становится возможным благодаря мотивам – «ограничителям». Сдерживанию непосредственных побуждений ребенка способствует присутствие взрослого или других детей, но по мере развития плана представлений, он начинает сдерживаться и при воображаемом контроле.

Ребенок – дошкольник включается в новые системы отношений, новые виды деятельности. Появляются и новые мотивы. Это мотивы, связанные с формирующейся самооценкой, самолюбием; мотивы достижения успеха,

соревнования, соперничества; мотивы, связанные с усваивающимися в это время моральными нормами и другие.

В этот период начинает складываться индивидуальная мотивационная система ребенка. Разнообразные мотивы, присущие ему приобретают относительную устойчивость. Среди этих относительно устойчивых мотивов, обладающих разной силой и значимостью для ребенка, выделяются доминирующие мотивы, преобладающие в формирующейся мотивационной иерархии.

Дошкольник начинает усваивать этические нормы, принятые в обществе. Он учится оценивать поступки с точки зрения норм морали, подчинять свое поведение этим нормам, у него появляются этические переживания.

Первоначально ребенок оценивает только чужие поступки детей или литературных героев, не умея оценивать свои собственные. Во второй половине дошкольного детства ребенок приобретает способность оценивать и свое поведение, пытается действовать в соответствии с теми моральными нормами, которые он усваивает. Возникает первичное чувство долга, проявляющееся в простых ситуациях. Оно вырастает из чувства удовлетворения, которое испытывает ребенок, совершив похвальный поступок, и чувства неловкости после не одобряющих взрослых действий. Начинают соблюдаться элементарные этические нормы в отношениях с детьми, хотя и избирательно.

Усвоение норм морали так же как эмоциональная регуляция действий, способствует развитию произвольного поведения у дошкольника.

Самооценка у дошкольника.

Самосознание формируется к концу дошкольного возраста благодаря интенсивному интеллектуальному и личностному развитию, оно обычно считается центральным новообразованием дошкольного детства.

Самооценка появляется во второй половине периода на основе первоначальной чисто эмоциональной самооценки («Я хороший») и рациональной оценки чужого поведения.

О моральных качествах ребенок судит, главным образом, по своему поведению, которое или согласуется с нормами, принятыми в семье и коллективе сверстников,

или не вписывается в систему этих отношений. Его самооценка, поэтому практически всегда совпадает с внешней оценкой, прежде всего – оценкой близких взрослых.

В целом самооценка дошкольника при благоприятном варианте развития высока, что помогает ему осваивать новые виды деятельности, без сомнения и страха включаться в занятия учебного типа. В то же время более дифференцированные представления о себе могут быть более или менее верными. Адекватный образ «Я» формируется у ребенка при гармоничном сочетании знаний, почерпнутых им из собственного опыта и из общения с взрослыми и сверстниками.

Дошкольник видит себя глазами близких взрослых, его воспитывающих. Если оценки и ожидания в семье не соответствуют возрастным и индивидуальным особенностям ребенка, его представления о себе окажутся искаженными.

Еще одной линией развития самопознания является осознание своих переживаний. Начинается осознание себя во времени. В 6-7 лет ребенок помнит себя в прошлом, осознает в настоящем и представляет себя в будущем.

Для этого периода характерна половая идентификация: ребенок начинает себя вести как мальчик или девочка. Дети приобретают представления о соответствующих стилях поведения.

Младший школьный возраст – это период усвоения самых разных норм и ценностей, а также правил, не только учебных, но и социального функционирования. Вся информацию, которую дети получают из внешнего мира, они буквально впитывают в себя как губки. Кроме того, дети этого возраста наиболее восприимчивы к тому, что говорят взрослые. Однако важна форма преподнесения новых знаний. Если этот процесс будет навязанным и вынужденным, то новая информация не будет усвоена. Обучение должно приобрести личностный смысл, быть не просто сухой формулой, а живым источником.

Программа обучения в начальной школе традиционно направлена в основном на интеллектуальное развитие ребенка. Большое внимание уделяется количественным параметрам приобретаемых знаний и умений. Однако в потоке сообщаемой информации отсутствует сам ребенок – его телесная жизнь, душевные

переживания, отношения с другими людьми. Многие педагоги и родители недооценивают тех качественных изменений, которые происходят в ребенке. В результате полученные знания и умения нередко имеют отчужденный характер. Это является фактором риска наущений социальной адаптации в младшем школьном возрасте.

В то же время следует обратить внимание на особенности изменения семейных отношений. Ребенок теперь несет ответственность за свою учебную деятельность. Родители принимают это как факт и начинают требовать свидетельств хорошей успеваемости, эффективной деятельности и соответствующей школьной дисциплины. Ребенок погружается в атмосферу требований, резко и часто без соответствующей личностной и эмоциональной подготовки, не имея для этого достаточно развитых личностных ресурсов. Однако в этом возрасте ребенку как никогда важно понимать себя. Парадоксально, но как только ребенок приходит в школу, он сразу получает запрет на движение и свободное самовыражение, что приводит к сознательному подавлению экспрессии, активной выразительности, проявлению своих чувств.

Особенность психологии младшего школьного возраста заключается еще в том, что дети еще мало осознают свои переживания и далеко не всегда способны понять причины их вызывающие. Они еще не могут осознавать и управлять своими чувствами в той мере, в которой это от них требуют взрослые. Это может приводить к импульсивности поведения, осложнениями в общении со сверстниками и взрослыми. На трудности в школе они чаще всего отвечают эмоциональными реакциями – гневом, страхом, обидой. Способность осознавать и контролировать свои переживания, понимать эмоциональное состояние других людей формируется у детей весьма хаотично, определяя практически неизбежную возрастную дисгармоничность поведения, которая, если не помочь детям вовремя, будет усиливаться в раннем подростковом периоде.

Если не помочь детям научиться принимать свои чувства, адекватно выразить их и находить конструктивные способы выхода их сложных ситуаций, преодолеть

возрастающие требования социальной среды, что является предпосылкой развития отклоняющегося поведения и употребления психоактивных веществ.

Э.Г. Эйдемиллер в своей книге «Психология и психотерапия семьи» рассматривает семью как источник психической травматизации личности человека и нарушений его психосоциальной адаптации. Он пишет: «Наш опыт показывает, что особую значимость при анализе участия семьи в психической травматизации личности имеют случаи устойчивой патогенной ситуации, обусловленной всей совокупностью семейных отношений в данной семье. Индивид воспринимает семейную жизнь в целом как травмирующую. Травмирующее переживание становится результатом всех или значительного числа семейных обстоятельств. Такой индивид, например, испытывает чувство крайней неудовлетворенности семейной жизнью... Обобщение опубликованных данных об участии семьи в этиологии различных нервно-психических расстройств и наш клинический опыт показывают, что среди многочисленных семейно обусловленных травмирующих состояний особо важную роль играют четыре вида: состояние глобальной семейной неудовлетворенности, «семейная тревога», семейно-обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение, чувство вины».

Е.В. Куфтяк отмечает, что в семьях регулярно применяющих физические наказания детей, родители и дети совладают с жизненными трудностями, в основном, используя эмоционально-экспрессивные способы совладания, что проявляется у детей в деструктивных формах поведения. Регулярные физические наказания становятся механизмом деструктивного совладания со стрессом в семье. Совладающее поведение детей и родителей, применяющих физическое наказание, связаны между собой. Так избегание, как основной стиль совладающего поведения родителей и отстранение их от решения проблем детско-родительских взаимоотношений, влияют на стиль совладания ребенка, выключая его из социально-поддерживающего процесса и служа моделью деструктивного поведения. Совладающее поведение и установки родительских отношений взаимосвязаны и взаимно влияют друг на друга: а) выбор матерями эмоционально-ориентированного

копинг-стиля обуславливает их симбиотические отношения с ребенком. Семьи, регулярно применяющие физические наказания детей, проявляют деструктивные детско-родительские отношения, и уровень социально-психологической адаптированности их членов ниже, чем в условно благополучных семьях, что свидетельствует о недостаточной сформированности их копинг-ресурсов и нарушенном семейном копинг-процессе.

Часть 2. Эмоциональные нарушения в детском возрасте

Выделены причины возникновения эмоциональных нарушений у детей, не имеющих грубые нервно-психические расстройства:

1) Физиологические причины эмоциональных нарушений у детей в старшем дошкольном возрасте.

Врождённые и приобретённые предпосылки:

Психосоматическая ослабленность, накопление и перегрузка негативными сенсорными стимулами, болезни и болевые ощущения, ранняя госпитализация, возбудимость, раздражительность, сензитивность, импульсивность, пренебрежение свойствами нервной системы и билатеральной индивидуальностью.

2) Социальные причины эмоциональных нарушений у детей в старшем дошкольном возрасте.

Внутриличностные и внутрисемейные родительские конфликты и ошибки воспитания:

Негативные модели семейного воспитания, эмоциональные нарушения у родителей, алкоголизм родителей, развод родителей, ссоры в семье, грубое и строгое отношение родителей, баловство, отсутствие контроля, неодинаковое и противоречивое воспитание, отверженность, ситуация депривации, воспитание вне семьи, симбиотическая связь с одним из родителей, ссоры с братьями и сестрами, узнавание об усыновлении и пр.

Трудности общения со сверстниками:

Дефицит общения со сверстниками, изгой в детском коллективе, конфликты с детьми, демонстративность поведения, отсутствие потребности в детском общении, аномальный конформизм и т. д.

3) Психологические причины эмоциональных нарушений у детей в старшем дошкольном возрасте.

Дизонтогенез и внутриличностные конфликты у детей:

Отсутствие кризисных новообразований, трудности в развитии ведущей деятельности, нарушения в соподчинении и иерархии мотивов, конфликт самооценки и уровня притязаний, нарушения самосознания и др.

Обращаясь к эмоциональным нарушениям, отечественные психологические исследования затрагивают всю личностную организацию ребёнка в онтогенезе, механизмы становления различных форм общения с взрослыми (М.И. Лисина и др.), с детьми (А.Г. Рузская и др.), кризисные новообразования (Л.И. Божович), развитие ведущей деятельности (Л.С. Выготский) и пр. Большинство исследователей причинами эмоциональных нарушений считают дисгармонию в личностном развитии ребёнка, где семейное воспитание имеет предопределяющее значение.

Дисгармоничное развитие личности, появление эмоциональных нарушений наблюдается, если присутствует конфликт между самооценкой и оценкой со стороны значимых людей; а также самооценкой и уровнем собственных или родительских притязаний.

Тревожно-фобические нарушения у дошкольников.

Поведение тревожных детей и их высказывания показывают, что они нередко испытывают потребность в этом переживании, поскольку оно отражает привычное представление о себе, привычную самооценку, привычное эмоциональное самочувствие. Известно, что потребность в устойчивости «Я-концепции», представления о себе имеет две стороны: одна из них связана с достижением определенного уровня целей, которое обеспечивает удовлетворяющий уровень отношения к себе, а другая – с сохранением привычного отношения к себе вне зависимости от его характеристик. С этим связан, например, известный феномен «дискомфорта успеха», описанный Дж. Аронфридом. Можно полагать, что для тревожных детей оказывается значимым именно вторая сторона, поскольку с ее помощью обеспечивается стабильная и предсказуемая картина мира и своего места

в нем. Для тревожных людей это особенно важно, поскольку, как уже указывалось, ситуации неопределенности, неустойчивости для них являются очень сложными: даже малейшая неопределенность может резко усилить это переживание.

В тех же случаях, когда ситуация оказывается новой, нестандартной, или ее требования превышают возможности ребёнка, актуализируется сильное состояние тревоги, в результате чего возникает дезорганизация деятельности и поведения, и ребенок действует гораздо ниже своих возможностей. Наличие же стресса отягощает дисгармонию личностного развития. Систематические исследования влияния «стрессовых жизненных событий» или «детской травмы» начались, как известно, во время второй мировой войны. Одна из наиболее известных работ этой группы – исследование А.Фрейд и Д.Т. Бирлингем, посвященное детям, эвакуированным из Лондона. Множество исследований посвящено тревожности, возникшей в результате таких травматических факторов, как аварии, природные катастрофы, пребывание в клинике, хирургические операции, развод родителей. Особую группу, активно развивающуюся, к сожалению, в настоящее время, составляет изучение тревожности детей – жертв жестокого обращения, насилия, в том числе и сексуального.

Современные исследователи предлагают характеристику состояния тревоги у дошкольников в различных проявлениях.

Поведенческие проявления:

Постоянно крутит что-то в руках, тербит бумагу, одежду, волосы;

Потирает руки, крутит пальцы, тербит кончик носа;

Сосет палец, волосы, одежду и пр.;

Грызет ногти;

Изо всех сил грызет карандаш, ручку;

Напряжен, скован, не может расслабиться;

Повышенная суетливость, много лишних жестов, все время что-то роняет, теряет;

Теряется, когда обращаются внезапно, задают дополнительный вопрос;

Сбивчивая, неровная речь;

Напряженно следит за реакцией педагогов, улавливает малейшие изменения лица и пр.;

Часто плачет.

Наблюдаемые физиологические реакции:

легко краснеет (бледнеет),

лицо покрывается пятнами;

в значимых ситуациях сильно потеет;

дрожат руки;

сильно вздрагивает при неожиданном обращении, неожиданных звуках.

Тревожные симптомы имеют много общего с проявлениями страха, однако, как отмечают В.М. Астапов и А.М. Прихожан, эти эмоциональные состояния различны по наличию объекта страха и по осознанности.

Страхи у детей могут развиваться в любом возрасте, однако имеются периоды повышенного проявления страха, которые возникают в определенной жизненной ситуации. Такие страхи часто усиливаются из-за незнания родителей возрастных эмоциональных проявлений. Так, например, у детей с трехлетнего возраста, так называемого «возраста упрямства», который ведет к поискам своего «Я», часто наблюдается повышенная агрессивность, расстройство аппетита, нарушение сна, ночное недержание мочи, а иногда и речевые нарушения (речеобразования и техники речи). Другие дети реагируют внезапно развивающимся заболеванием, например болями в животе, головными болями, что является своеобразным ответом на возникшую проблему или конфликты в семье, в дошкольном учреждении. Интенсивные страхи рассматриваются как фобии, которые нуждаются в психотерапии и медикаментозном лечении.

Агрессивные нарушения у дошкольников.

Говоря об особенностях агрессивного поведения детей, можно выделить две наиболее частые причины агрессии.

Во-первых, это боязнь быть травмированным, обиженным, подвергнуться нападению, получить повреждения. Чем сильнее агрессия, тем сильнее стоящий за ней страх.

Во-вторых, это пережитая обида, или душевная травма, или само наказание. Очень часто агрессия порождается нарушенными отношениями ребенка и окружающих его взрослых.

Физическая агрессия может выражаться как в драках, так и в форме разрушительного отношения к вещам, дети рвут книги, разбрасывают и ломают игрушки, нужные вещи. Иногда ребенок швыряет игрушки в других детей и взрослых. Такое поведение в любом случае мотивировано потребностью во внимании и вызвано какими-то драматическими событиями.

Агрессивность необязательно проявляется в физических действиях. Некоторые дети склонны к вербальной агрессии (оскорбляют, дразнят, ругаются), за которой часто стоит неудовлетворенная потребность почувствовать себя сильным или отыграть за собственные обиды. Бывает так, что брань является средством выражения эмоций в неожиданных неприятных ситуациях: ребенок упал, расшибся, его подражали или задели. В этом случае ребенку полезно дать альтернативу брани – слово, которое можно с чувством произнести в качестве разрядки.

При изучении влияния социализации на соотношение вербальной и физической агрессии у детей, было отмечено, что в дошкольном возрасте у мальчиков преобладает физическая агрессия, а у девочек – вербальная.

В основном ребенок дошкольного возраста постепенно научается контролировать свои агрессивные импульсы и выражать их в приемлемых рамках.

Следует отметить, что у детей усиливается «исследовательский инстинкт» и значительно расширяются социальные контакты. И в то же время ребенок сталкивается с целой системой новых для его опыта запретов, ограничений и социальных обязанностей. Невольно, попадая в конфликтную ситуацию между любознательностью, спонтанным интересом ко всему новому и необычному и родительским «нельзя», ребенок испытывает сильнейшую депривацию – ограничение возможности удовлетворения своих потребностей. И воспринимает эту ситуацию как акт отвержения со стороны родителей. Невозможность разрешения этого конфликта приводит к тому, что в нем просыпаются злость, отчаяние, агрессивные тенденции.

Однако если раньше родители на агрессивность ребенка реагировали лаской, отвлечением внимания, попытками все свести к шутке, то теперь они чаще прибегают к угрозам, лишениям удовольствий, изоляции. Ребенок задумывается, как ему реагировать на усиливающиеся санкции со стороны родителей, как вести себя дальше, чтобы родительская контрагрессия была по возможности минимальной. И чаще всего, ребенок не находит выхода из создавшегося положения. Это может привести к всевозможным психическим расстройствам.

В дальнейшем проявления агрессивности во многом связаны с процессами поло-ролевой идентификации ребенка или особенностями «эдиповой ситуации» в семье. Наблюдения за детьми, когда они играют с куклами, представляющими членов семьи, позволило установить, что игра мальчиков отличается большей агрессивностью к куклам, чем игра девочек. Наибольшая агрессия у мальчиков наблюдалась к кукле отца, а наименьшая – к кукле матери, у девочек наоборот.

Родители в свою очередь, начинают занимать более дифференцированную позицию по отношению к ребенку, т.е. воспринимают его не только как «ребенка», но и как «мальчика» или «девочку».

Влияние ближайшего окружения и процессов осознания собственной половой принадлежности на формирование агрессивных форм поведения очень хорошо можно проследить, если сравнить поведение мальчиков и девочек. Отмечается, что если в двухлетнем возрасте в арсенале средств проявления агрессивности мальчиков и девочек примерно в одинаковой пропорции встречаются плач, визг, взаимные шлепки, то к четырем годам фрустрация, неудача вызывает у них неодинаковую реакцию: мальчики больше дерутся, а девочки – визжат.

Глава 2. Факторы, участвующие в формировании отклоняющегося (дезадаптивного) поведения подростков.

Биологические факторы.

К биологическим факторам, участвующим в формировании дезадаптивного поведения подростков относятся следующие.

1. Факторы пре-, пери- и постнатальной патологии:

- патологически протекавшая беременность у матерей;
- хронические, острые тяжелые заболевания матерей в период беременности;
- хронические и острые тяжелые психические травмы (хронический или острый выраженный стресс) воздействующие на мать в период беременности;
- патологически протекавшие роды у матери;
- задержки в раннем нервно-психическом развитии ребенка;
- отягощенная наследственность психическими заболеваниями, наличие у родителей патохарактерологических черт, наследственная отягощенность зависимостями от алкоголя и других психоактивных веществ или другими формами зависимого поведения;
- фактор нарушенного онтогенеза (нарушенного развития) в связи с черепно-мозговыми травмами, тяжелой и средней тяжести соматическими заболеваниями.

Психогенные факторы:

- нарушения семейного воспитания (неполные, распавшиеся, деструктивные семьи, отсутствие семьи, воспитание по типу явной или скрытой гипо- или гиперпротекции);
- воспитание в семьях, где родители или старшие дети злоупотребляют алкоголем или другими психоактивными веществами;
- личностные аномалии или поведенческие нарушения у родителей или других членов семьи.
- Факторы, связанные с нарушениями психосоциальной адаптации, нарушающие психосоциальное развитие ребенка в дальнейшем:
- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;
- формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнорирование их;
- снижение успеваемости;
- нарушения школьной адаптации;

- неполноценность коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение);
- конфликтность в отношениях со сверстниками;
- конфликтность со значимыми взрослыми;
- дезактуализация одного или двух элементов сексуального поведения;
- сугубо коммуникативная форма проведения досуга;
- отсутствие устойчивых увлечений как следствие не сформированности смысло-жизненных ориентаций;
- склонность к асоциальным формам поведения;
- употребление психоактивных веществ;
- зависимость от влияния референтной группы сверстников, связанная с несформированностью структур Эго и Я-концепции в целом, смысло-жизненных ориентаций, нормативно-ценностных установок и других базовых личностно-средовых ресурсов, необходимых для формирования адаптационного поведения и успешного психосоциального развития;
- тенденция к немедленному снятию эмоционального напряжения или реализации его в непосредственное поведение без стремления к осознанию причин стресса или оценки стрессового события;
- заниженная, чрезмерно завышенная, не зрелая самооценка, не сформированность идеального и реального образов Я, отсутствие «зоны» роста – расхождения, несоответствия между идеальным и реальным Я, и, в связи с этим, отсутствие стимула к самоусовершенствованию и личностному росту;
- нарушения социальной перцепции, несформированный прогноз оценки своего поведения окружающими, не сформированная оценка личностных качеств и поведения других лиц;
- устойчиво низкий прогноз оценки своего Я в глаза значимых других, приводящий к потере перспективы на восстановление престижа личности и являющийся препятствием к дальнейшему развитию;

- социальная некомпетентность, не сформированная способность адекватно оценивать и вербально характеризовать взаимоотношения с окружающими;
- отсутствие стремления к конструктивному решению конфликтных ситуаций;
- неосознанный «призыв к помощи», проявляющийся в невербальном коммуникативном поведении, часто имеющем парадоксальную форму и направленный к представителям ближайшего микросоциального окружения;
- отсутствие сформированного представления о жизненных целях, смысло-жизненных ориентациях, социальных и персональных нормах;
- отсутствие сформированного и реального, когнитивно проработанного представления о будущем.

Подходы к развитию адаптационной стратегии разрешения проблем

Теоретическим основанием развития копинг-стратегии разрешения проблем, как одной из важнейших структур формирования адаптационного поведения подростков являются подходы А. Незу, Т. Дзуриллы и М. Гольфрида, впервые описавших модель разрешения социальных проблем. Разрешение социальных проблем рассматривается как когнитивно-поведенческий процесс, путем которого личность обнаруживает эффективные стратегии преодоления проблемных ситуаций, встречающихся в повседневной жизни, как основная копинг-стратегия, цель которой – открытие широкого круга альтернативных решений, которые способствуют общей социальной компетентности. В то же время разрешение социальных проблем рассматривается как составляющая копинг-процесса, важный комплекс навыков для эффективного управления повседневными проблемными ситуациями.

Т. Дзурилла и А. Незу выделяют *пять специфических компонентов* когнитивно-поведенческого процесса разрешения проблемной (стрессовой) ситуации.

1. Ориентация в проблеме (когнитивный и мотивационный комплекс, приводящий к ознакомлению с проблемой).
2. Определение и формулирование проблемы (описание проблемы в конкретных терминах и идентификация специфических целей ее разрешения).
3. Генерация альтернатив (разработка исчерпывающего перечня возможностей решения).
4. Принятие решения (системное развитие цепи альтернативных решений проблемы, рассмотрение последствий и выбора оптимальных альтернатив).
5. Выполнение разрешения и проверка, подтверждение и наблюдение за развитием результатов разрешения.

Ориентация в проблеме.

Ориентация в проблеме отражает основной комплекс ответов, которые личность использует в связи с восприятием актуальных проблем. Этот этап предполагает следующие шаги научения.

- 1) Точное узнавание и идентификация проблемной ситуации, когда она возникает.
- 2) Понимание того, что проблемы в жизни – это нормальное и неизбежное явление.
- 3) Выработка убеждения в том, что существуют эффективные способы разрешения проблемы.
- 4) Разрушение и модификация «негативного комплекса» разрешения проблемы, который заключается в когнитивной оценке проблемной ситуации как угрожающей, а не как вызова или ситуации, предполагающей изменение; нерациональном убеждении в том, что «у меня не может возникнуть никаких проблем»; ощущении глобальности и стабильности проблемы; безответственности и беспомощности при столкновении с проблемами; преувеличении значимости возникшей проблемы и напряженности в связи с возникшей ситуацией.

Определение проблемы и ее формулирование

Цель этого компонента – правильно оценить проблему и сформулировать реальную цель или задачу ее разрешения. В эту операцию включаются четыре важных шага.

- 1) Поиск всей имеющейся в наличии информации о проблеме. Внимательное описание всех фактов, связанных с проблемой в ясных и конкретных терминах.
- 2) Дифференциация относящейся к делу информации от не относящейся к делу, объективных фактов от необъективных фактов и выводов, оценок и интерпретаций.
- 3) Определение фактов и обстоятельств, которые делают ситуацию проблемной, то есть настоящих препятствий к достижению цели. Определение конфликта между целями разрешения проблемы и ощущением угрозы, чувством фрустрации и т.д.
- 4) Постановка реалистической цели разрешения проблемы с описанием деталей желательного исхода.

Генерация альтернатив – создание альтернативных подходов

В этой стадии предлагаются и продумываются личные альтернативные варианты разрешения и происходит осознание вероятности того, что наиболее эффективные из них будут возможны. Т. Дзурилла и А. Незу используют два основных брейн-штурмиинговых принципа, содействующие этому процессу – принцип отсроченного решения и принцип количественного порождения качества. Принцип отсроченного решения предполагает, что наиболее зрелые и адекватные альтернативы могут быть получены, если личность приостанавливает, откладывает некоторые типы формирования ответов до более поздней точки в проблем-разрешающем процессе. Количественный принцип предполагает, что чем большее количество альтернатив генерируется, тем больше вероятность выбора из них наиболее эффективных.

Принятие решения

Цель этой стадии – продумать имеющиеся возможности разрешения проблемы и выбрать наиболее эффективные альтернативы. Эффективность разрешения определяется согласно следующим характеристикам. Эффективными являются решения, которые:

- а) эффективно разрешают ситуацию;
- б) в дополнении к разрешению проблемы увеличивают вероятность позитивных последствий в целом и уменьшают вероятность негативных последствий;

Большое внимание в этой стадии отводится оценке рассматриваемой альтернативы с точки зрения ее последствий. Ошибки в процессе принятия решения часто происходят из-за чрезмерного субъективного желания или давления среды (стимуляции), либо недооценке вероятности негативного эффекта, не точной оценке особенностей данного варианта разрешения. Другой тип ошибок в принятии решения может быть следствием невнимания к широкому кругу последствий, связанному с каждой альтернативой.

В процессе этой стадии принятия решений должны быть рассмотрены четыре категории последствий:

1. прямые последствия (непосредственные, краткосрочные);
2. долговременные последствия;
3. личные последствия (направленные на себя);
4. социальные последствия (направленные на других).

К примеру, личные (направленные на себя) последствия могут включать увеличение количества времени для выполнения решения или попытку потребовать особого нового варианта принятия решений, эмоциональные издержки придется пройти через страх, стыд, унижение и т.д.), нарушения этических, моральных норм, риск физического благополучия и т.д. Социальные последствия могут включать воздействия на семью, друзей, коллег по работе и общество. Оценка ценности и вероятности этих последствий помогает вести человека к пониманию того, выбор каких альтернатив, вероятно, будет наиболее эффективным. Однако, наряду с

тщательным взвешиванием последствий принятия решений, следует учитывать и здоровое стремление к осознанному риску в принятии решений.

Выполнение разрешения и проверка (подтверждение)

Эта процедура включает четыре специфические операции:

- 1) эффективное выполнение разрешающего ответа;
- 2) наблюдение – изучение актуальных последствий;
- 3) оценка эффективности разрешения;
- 4) самоподкрепление (поощрение) того, что проблема эффективно разрешена.

Существенным в этой стадии является сравнение реально принятого решения с ожидаемым. Важно, чтобы решение удовлетворяло личность. В дальнейшем идет процесс достоверного наблюдения за последствиями и их оценка. Следующий процесс – самовознаграждение. Он усиливает восприятие силы Я, способствует повышению самооценки и формирует веру в себя (личностный контроль). Эта фаза необходима для формирования мотивации на эффективное разрешение проблемных (стрессовых) ситуаций в будущем.

Базисная копинг-стратегия поиска социальной поддержки

Поиск социальной поддержки используется социально адаптированными подростками при безуспешных попытках самостоятельного преодоления проблем. В рамках этой стратегии поведение подростков направлено на установление доверительных отношений с родителями, друзьями, значимыми другими. При этом социальная поддержка используется путем организованного руководства действиями подростков, эмоциональной поддержки, помощи в оценке и переоценки проблемной ситуации, совместного изучения вариантов разрешения проблемы, действенной конкретной помощи. При этом обращение за социальной поддержкой является выбором самого подростка. В связи с этим она не является «навязанной извне», а желательна. Восприятие ее не нарушено. Это обеспечивает эффективность социальной поддержки.

Семья, как социально поддерживающая система, часто используется адаптированными подростками как сила, противодействующая негативному влиянию, давлению сверстников. Она является примером, источником коллективного опыта удачного или не удачного преодоления проблемы, эффективных или неэффективных усилий, связанных с оказанием членами семьи социальной поддержки друг другу. В конечном счете, семья является источником коллективного опыта разрешения проблем, который учитывается и анализируется подростком при разрешении собственных проблемных\стрессовых ситуаций.

Использование в разрешении проблем социальной сети сверстников, друзей и значимых других направлено на поиск эмоциональной поддержки, обогащает опытом преодоления подобных ситуаций, повышает уверенность в себе, настроение и снимает эмоциональное напряжение. В процессе поиска социальной поддержки адаптированные подростки устанавливают новые социальные контакты, меняется качество старых, формируется иное видение проблемы и оценка своей позиции в ее преодолении. Получив от социальной сети поддержку, способствующую росту самоуважения или, по крайней мере, не влияющую негативно на самооценку, почувствовав эмпатийное участие, подростки получают положительный опыт использования стратегии поиска социальной поддержки, развивают ее и, впоследствии, обращаются к этим источникам поддержки. Необходимо отметить, что если подросток имеет четкую установку на разрешение проблемы, то адекватно выбранная социальная поддержка позволяет ему во многих случаях добиться успеха и снять эмоциональное напряжение. При отсутствии уверенности и установки на успех вероятность разрешения проблемы резко снижается.

Подходы к развитию адаптационной стратегии поиска социальной поддержки

Программы развития стратегии социальной поддержки и социально-поддерживающих сетей включают формирование сети обученных оказывать поддержку сверстников, родителей и педагогов. Это – обучающие программы, основанные на принципах группового взаимодействия. Предполагается, что обученные в группах социальной поддержки лица будут передавать свои знания и

поведенческие навыки другим. С одной стороны они могут служить нормативной социальной моделью, с другой – активно действующей группой, эффективной социальной альтернативой, способной путем своего воздействия на подростка противодействовать его вхождению в асоциальные наркотизирующиеся группировки.

Другим направлением является подготовка «доноров» социальной поддержки, из числа студентов психологических факультетов вузов, некоторых особенно мотивированных и способных родителей и значимых взрослых (учителей, воспитателей, руководителей досуговых учреждений). Их подготовка основана на модели группового тренинга, предоставлении определенной теоретической и практической информации, осознании и развитии необходимых личностно-средовых копинг-ресурсов, поведенческих стратегий и навыков, осознании собственного опыта преодоления стресса. В целом, «доноры», пройдя тщательную подготовку под руководством специалиста, оказывают социальную поддержку и эмпатию, включаясь в групповые процессы в среде подростков, проявляющих поведение риска, аддиктивные формы поведения, а также имеющих нарушения социально-психологической адаптации. Такого рода вмешательство проводит параллель между психологической интервенцией и социальной поддержкой и проводится под руководством опытного клинического психолога.

Нарушения социальной адаптации у детей и подростков

У подростков с нарушенным поведением базисная стратегия поиска социальной поддержки чаще приобретает пассивных характер. Тем не менее, подростки этой группы пытаются получить социальную поддержку от сверстников и от значимых других лиц. Однако эффективность такой поддержки низкая. Зачастую накапливается отрицательный опыт ее использования. Часто лишенные опыта и специальных умений оказывать социальную поддержку детям, воспитатели далеко не всегда представляют собой развивающуюся социально-поддерживающую структуру. В результате негативного опыта использования социальной поддержки, подростки с девиантными формами поведения не развивают стратегии ее поиска,

предпочитают использование других вариантов общения. От значимых других дети с девиантными формами поведения часто имеют выраженную зависимость, не стремятся проявлять активности в решении проблем и поиске социальной поддержки, не берут на себя ответственность за решение тех или иных вопросов. Они просто ждут, что кто-нибудь решит за них их проблемы. Неуверенность в себе, недоверие к окружающим и отгороженность от них, формирующееся с годами пассивное подчинение требованиям социальной среды снижает возможности эффективного использования стратегии социальной поддержки. Дети и подростки с отклоняющимся поведением ощущают дефицит и/или отсутствие родительской поддержки. Именно этот факт способствует развитию повышенной чувствительности детей к неблагоприятным воздействиям социальной среды, социальному давлению асоциальных, в том числе и наркотицизирующихся группировок.

Приведем примеры.

Игорь С. Учится в 6 классе школы-интерната. Учителя считают его способным учеником. Игорь хорошо успевает по всем предметам. Однако его поведение по отношению к педагогам и одноклассникам так агрессивно, что после очередной выходки, когда Игорь недовольный учителем ругался матом и крушил в порыве гнева в классе стулья и столы, встал вопрос об исключении его из школы. Подросток, который до этого момента уходил от общения с психологом, на этот раз очень живо откликнулся на предложение поговорить. В начале встречи парень с трудом справлялся с внутренним раздражением. Он был весь напряжен. Никак не мог найти место рукам, плотно сжатым в кулаки. Челюсти были стиснуты, глаза опущены. Игорь молчал. Психолог сказала, что пригласила его для того, чтобы вместе подумать, как выйти из сложившейся ситуации, если, конечно, исключение из школы не является его заветной мечтой. Он взглянул на него и ответил: «Мне надо остаться», и опять спрятал глаза. Диалог давался нелегко, но по мере того, как Игорь понимал, что психолог не хочет давать никаких оценок его поступкам, а лишь хочет понять, что с ним происходит, и почему ему так трудно живется среди людей, он начал постепенно оттаивать. Психолог узнал многое из трудной биографии

двенадцатилетнего мальчика. Важнее всего было узнать: есть все-таки в жизни Игоря люди, к которым он не испытывает злобы, «разрывающей» по определению мальчика его «изнутри». Выяснилось, что есть в школе учительница химии, которая занимается с Игорем в свободное время, хотя в школьной программе курс химии появляется только в седьмом классе, а Игорь – шестиклассник. Еще есть учитель физики, с которым Игорь играет в шахматы. Парень мечтает учиться в Менделеевском институте. Учительница химии говорит, что будет всегда ему помогать готовиться – даже если его исключат. Я спрашиваю: «Она – твой друг? Мне кажется, это – настоящая дружба». Парень пугается. Говорит: «Нет...». «А кто твой друг?» – «У меня нет друзей». – «Но если тебя обидели, если тебе плохо, ты ведь с кем-нибудь поделишься своей обидой, кто-то тебя поддержит?» Психолог видит, как на этот вопрос Игорь начинает вновь зажиматься. Но все-таки отвечает, что он никому не скажет. А если кто его обидит, то он его изобьет? «А если он сильнее тебя?» – «Тогда убегу и буду сидеть один». – «...?» – «Рассказывать нельзя – зачем? – чтобы над тобой еще больше издевались?»

Сравним с примером, взятым из жизни социально адаптированных сверстников Игоря, живущих с родителями.

Катя К. – ученица шестого класса общеобразовательной школы. Общительная, добрая, веселая девочка, фонтанирующая энергией. У Кати – очень общительные родители. Их дом всегда полон друзей: маминых, папиных, Катиных. Все они прекрасно находят общий язык в маленькой однокомнатной квартирке. Учится Катя плохо. Ей некогда. Ее энергия находит очень много интересного и веселого в каждом проявлении жизни. На учебу не остается времени. В третьей четверти девочка оказывается не аттестованной по четырем предметам. Ее вместе с родителями вызывают на педсовет. Говорят, что школа математическая, с высоким уровнем требований, и что родителям придется подыскать другую школу. Катю в классе любят. И потому болельщики – одноклассники стоят под дверью. Когда покрасневшая девочка выходит из учительской, все дружно спрашивают: «ну что?» – «Выгоняют» – говорит Катюша, будто еще не осознавая, что это значит. «Как выгоняют?», «Не имеют права!», «Что делать?» – «Исправлять двойки...»,

говорит кто-то. – «Как я их исправлю? – возмущенно кричит Катя, – если выгоняют». И одноклассники, посоветовавшись, отправляют делегацию на педсовет. Трудно сказать, что сыграло решающую роль: то ли сплоченность детского коллектива, которая приятно удивила педагогов, то ли доброе отношение к непутевой ученице. Кате позволили остаться, с условием, что до конца года она исправит свои двойки. Девочка очень старалась. И все ее старания были полностью ориентированы на поддержку друзей. Она придумала составить расписание, – с кем и какие уроки учить. С математикой и черчением все оказалось не так плохо. А вот стихотворения по литературе и английский язык – там, где надо было просто заучивать – учили всем классом, после уроков. А перед уроком Катя просила ребят: «Давайте прорепетируем». И опять сбивалась с рифмы, и все за нее переживали и старались подсказать. Сочинения по литературе проверяли лучшие ученики в классе. Передавали друг другу Катюшину тетрадку, боясь пропустить ошибку. Катя очень внимательно за всем следила. И если кто-то не прочитал, она просила: «Проверь и ты. Все уже прочитали. Проверь, пожалуйста. Надо, чтоб наверняка». Класс очень сплотился вокруг Катюшиной проблемы. Девочка сияла благодарностью и любовью к своим друзьям. Четвертую четверть общими усилиями окончили всего с тремя тройками (по Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Н.А. Лыкова, 2002).

Если у социально адаптированных подростков поиск социальной поддержки способствует установлению новых социальных связей, интеграции в общество, то у подростков с аддиктивным поведением он нередко оказывается путем в наркотизирующиеся группы. Этому способствует низкое восприятие социальной поддержки со стороны семьи, не связанных с наркотиками сверстников, значимых других. Расплатой за поддержку, оказываемую наркотизирующейся группой, становятся требования неукоснительного соблюдения социальных норм группы, проявления девиантного поведения и других форм нелегальной активности. Принадлежность к референтной наркофильной группе становится фактором, способствующим началу наркотизации, и подавляет мотивы здорового поведения. Отсутствие со стороны семьи противодействия негативному влиянию

наркотизирующихся сверстников также способствует приобщению подростков к психоактивным веществам. Обращение за социальной поддержкой в неадекватную поддерживающую сеть нередко происходит после безуспешных попыток самостоятельного разрешения проблемы. Вхождение в асоциальную и наркофильную группу, выход из-под опеки родителей и учителей повышает самооценку и формирует привлекательный социальный имидж подростков этой категории в глазах сверстников. В ряде случаев, представляя себя слабыми и нуждающимися в помощи, аддиктивные подростки пытаются вызвать жалость к себе и спровоцировать активное разрешение собственных проблем, не связанных с наркотизацией, другими лицами. В то же время, по сравнению с подростками детского дома, много лет находящимися под влиянием хронического стресса социальной депривации и пассивно переносящих тяготы повседневной жизни, подростки данной группы все же надеются и даже рассчитывают на социальную поддержку окружающих. Об этом свидетельствует их стремление включаться в систему социальных связей, либо невербальное поведение, зачастую парадоксальное и инфантильное. Однако сам факт стремления к поискам социальной поддержки крайне важен с точки зрения использования его при построении психопрофилактических, психотерапевтических и реабилитационных программ.

*Копинг-стратегии, свойственные детскому возрасту
в структуре поведения подростков*

Интегративный копинг-процесс адаптации начинается с рождения человека и заканчивается с его смертью. В процессе развития ребенка на него влияет целый ряд факторов, таких как индивидуальные особенности психики и головного мозга, темперамент, физическое здоровье, предыдущий опыт, социальная среда. В процессе развития у каждого ребенка формируется индивидуальный и уникальный копинг-стиль, который отражает привычный адаптационный процесс, в рамках которого происходит управление состоянием и преодоление стрессов повседневной жизни. С возрастом репертуар копинг-стратегий, которые использует

ребенок для преодоления жизненных трудностей, растет. Это в свою очередь влияет на формирование адаптационного поведения, которое может соответствовать требованиям социальной среды и не соответствовать им. Тогда формируется проблемное поведение или поведение риска. Трансформация ранее адаптивных паттернов поведения ребенка в зрелый копинг-стиль – главная задача развития. При этом используются генетические, конституциональные составляющие, особенности опыта личностно-средового взаимодействия, а также личностные и средовые ресурсы каждого ребенка. Это обеспечивает огромное разнообразие копинг-стилей у детей и подростков и влияет на формирование индивидуальных различий. Однако, чем подвижнее, чем менее ригиден копинг-стиль ребенка, чем он более подвержен изменениям, смене одних форм на другие, более зрелые, тем успешнее идет процесс адаптации.

Детские копинг-стратегии у подростков во многом определяют детские поведенческие реакции, перенесенные в подростковый возраст (отказа, имитации, отрицательной имитации, компенсации, гиперкомпенсации), описанные А. Е. Личко для понимания нарушений поведения подростков.

В подростковом возрасте происходит последовательная смена и замещение детских копинг-стратегий на взрослые при условии успешной адаптации и социализации. При нарушении этого процесса данная динамика не соблюдается. Соотношение детских и подростковых форм стресс-преодолевающего поведения не соответствует возрасту, что, в свою очередь, обеспечивает формирование ригидных, ретардационных стратегий стресс-преодолевающего поведения.

Глава 3. Я-концепция в подростковом возрасте и ее роль в формировании адаптивного, отклоняющегося и аддиктивного поведения.

По убеждению классиков личностно-центрированного подхода в психологии и психотерапии, каждый человек постоянно нуждается в признании, в устойчивой и, как правило, высокой самооценке. Каждому человеку необходимы уважение окружающих, как подтверждение возможности уважать самого себя (А. Маслоу, 1999). Однако в подростковом периоде эта потребность наиболее остра и

определяет успешность адаптации к требованиям социальной среды. Удовлетворение потребности в оценке, уважении порождает у человека чувство уверенности в себе, чувство собственной значимости, силы, адекватности. Неудовлетворенная потребность, напротив, вызывает у человека чувство униженности, слабости, беспомощности, которые с вою очередь, запускают компенсаторные механизмы, которые служат почвой для уныния.

Первые признаки потребности в самоуважении появляются в детском возрасте, примерно в два года. Эта потребность и служит основой для так называемых реакций детского возраста. Негативизм, упрямство, непослушание, «протестное поведение», как его определяют некоторые детские психологи, это – признаки, которые составляют первый личностный кризис, называемый в психологии кризисом трехлетнего возраста. Они являются признаками зарождающейся потребности в самоуважении.

Второй подростковый этап, на котором начинает интенсивно проявляться потребность в самоуважении, - это подростковый возраст. Подростка уже не устраивает та система отношений, которая сложилась в детстве. Ему жизненно необходимо выйти на другой уровень взаимоотношений с родителями, учителями – уровень «взрослый – взрослый». Неготовность, нежелание или даже неспособность родителей понять и принять все возрастающее стремление детей к взрослости становится причиной отчуждения детей от семьи, причиной их неудовлетворенности от общения с родителями (По А. А. Реану).

Таким образом, одной из ведущих причин психосоциальной дезадаптации в подростковом возрасте является нарушение самооценки и Я-концепции в целом, приводящее к неустойчивости ролевой функции подростка. Именно поэтому исследования Я-концепции применительно к процессам преодоления стресса формируются в самостоятельном направлении в психологии.

Подростковый возраст не только является периодом новых, более совершенных механизмов преодоления стресса, но и периодом формирования новой Я-концепции. Осознание происходящих с подростком изменений является стрессогенным для него. Сформированная в детском возрасте концепция Я в результате быстрых

изменений физического и психического состояния должна быть заменена на новую, соответствующую особенностям подросткового возраста, и смоделированную с учетом ее восприятия двумя наиболее важными для подростка референтными социальными сетями – родителями и сверстниками. Не вызывает сомнения, что процессы формирования Я-концепции и психологических механизмов преодоления стресса осуществляются параллельно, оказывают выраженное влияние на становление личности подростка и взаимосвязаны. Поэтому теоретически и практически важным и закономерным представляется изучение реципрокного влияния копинг-механизмов и Я-концепции в подростковом возрасте.

По определению А. В. Захаровой Я-концепция рассматривается как сложно-сконструированное образование, которое характеризуется асинхронностью формирования компонентов ее структуры, форм и видов, показателями, за которыми лежит разноплановость их становления, обеспечивающая вариативность их проявлений. Она отражает как возрастные, так и индивидуальные особенности, включена во множество связей и отношений с другими феноменами развития индивида, каждый из которых вносит свой вклад в ее формирование и, вместе с тем, корректирует и направляет ее непосредственным взаимодействием (А.В. Захарова, 1989).

С точки зрения связи Я-концепции с формированием процессов адаптации подростков к требованиям социальной среды важно учитывать следующее.

- Я – концепция является важнейшим личностным ресурсом адаптационного поведения подростка.
- Индивидуальные стили адаптационного поведения (копинга) соотносятся с определенными стилями Я-концепции.
- Взаимное влияние Я-концепции и копинг-механизмов позволяет сохранить устойчивость системы Я и ослабить негативное воздействие стресса на организм.
- Формирование активных копинг-стратегий и позитивной Я-концепции потенцирует взаимное развитие, способствует успешной адаптации индивида.

- Формирование пассивных стратегий преодоления стресса и негативной Я-концепции оказывает отрицательное взаимовлияние и снижает уровень адаптации подростка.
- Развитие Я-концепции в подростковом возрасте происходит крайне неравномерно.

Рассмотрим следующие выделенные Д. Оффером и дополненные нами, сферы Я-концепции подростков.

1. Психологическое Я

- контроль побуждений
- эмоциональный тон
- образ тела

2. Социальное Я

- социальные отношения
- нравственные нормы, моральное Я
- профессионально-образовательные стремления, цели

3. Сексуальное Я

- сексуальные отношения

4. Семейное Я

- семейные отношения

5. Совладание со стрессом

- контроль над средой
- психопатология
- приспособляемость

6. Я – реальное

7. Я – идеальное

В целом, успешно адаптирующиеся подростки имеют высокие показатели самооценки и оценивают себя как активных, жизнедеятельных, эмоционально устойчивых, в основном удовлетворенных осознанием образа своего тела, внешностью и половой принадлежностью, обладающих конкретными

профессионально-образовательными стремлениями и соблюдающих моральные нормы, имеющих удовлетворительные социальные и семейные отношения, испытывающих некоторые затруднения в адаптации к внешней среде.

Подростки с низким уровнем социальной адаптации имеют низкие показатели самооценки. Они характеризуют себя малоинициативными, со сниженной активностью, неустойчивым, чаще сниженным фоном настроения, недовольными своим телом, внешностью, семейными, социальными отношениями, проявляющими повышенную сексуальную активность и не способными контролировать среду, успешно преодолевать трудности повседневной жизни, не имеющими сформированных конкретных профессионально-образовательных целей.

Подростки с аддиктивным поведением оценивают себя как недостаточно активных, малоинициативных, с неустойчивым фоном настроения, осознающих проблемы семейных, социальных и сексуальных отношений, недостаточно успешно приспособившихся к внешней среде, испытывающих затруднения в активном преодолении жизненных проблем и игнорирующих нормы нравственного поведения.

Сфера «Психологическое Я – контроль побуждений»

Данная сфера отражает как способность подростков к волевой регуляции психических процессов, деятельности, так и динамическую, энергетическую основу личности. Еще в 1894 году Т. Рибо рассматривал волю как способность, связанную с побуждением к действию. По его мнению, воля выражается не только в побуждении действий, но и их торможении. Волевой акт направлен на регуляцию побуждений к действию (при затруднениях) через соединение личностных тенденций с силой мотивов и намеченной целью (по В.А. Иванникову, 1992). Нарушение волевой регуляции поведения проявляется в расстройствах побуждений, рассматриваемых как понижение или повышение динамических основ личности, ее жизнедеятельности, активности, энергии, витальности, инициативы. По мнению Ж. Пиаже «сама воля может пониматься как своего рода игра аффективных и,

следовательно, энергетических операций, направленных на создание высших ценностей и на то, чтобы сделать эти ценности обратимыми и сохраняемыми».

Н. Ах считал основной функцией воли преодоление препятствий. Вслед за Н.Ахом Л.С. Выготский рассматривает преодоление препятствий как один из признаков воли (волевого действия). Он включает в структуру волевого акта операцию введения вспомогательного мотива для усиления побуждения к действию (по В.А. Иванникову, 1992). К.Н. Корнилов рассматривает волю как способность преодолевать препятствия и доводить действия до намеченной цели, а В.И. Селиванов – как особую форму отражения, регулирующую действия человека в условиях намеренного преодоления препятствий. Он считает регулирующую функцию воли основной и видит сущность регуляции в «мобилизации личностью своих психических и физических возможностей для преодоления трудностей и препятствий при совершении целенаправленных действий и поступков.

Жизнедеятельность успешно социально адаптирующихся подростков носит активный характер. Они достаточно инициативны в школе, в семье, в свободное время имеют интенсивные отношения с друзьями и сверстниками, уверенно чувствуют себя в подростковой субкультуре, не сомневаются в своих способностях, получают удовольствие от жизни, имеют позитивную самооценку и используют активные стратегии преодоления стресса. Способность к необходимым волевым усилиям при возникновении проблем способствует их активному разрешению и является важной составляющей их копинг-поведения.

Жизнедеятельность подростков с нарушенной адаптацией носит преимущественно пассивный характер. Они описывают себя как не проявляющих собственной инициативы в школе и в свободное время, зависимых от влияния взрослых, не имеющих сформированных навыков общения, избегающих решения сложных жизненных проблем, выбирающих пассивные стратегии их разрешения. Их активность ограничена в пространстве. Они имеют низкую моторную активность, бедную мимику и монотонную речь, слабую эмоциональную откликаемость, не получают удовлетворения от жизни, неуверенно чувствуют себя как в подростковой субкультуре, так и при контактах с взрослыми. Многие из них

не способны к продолжительным волевым усилиям, необходимым для разрешения возникающих проблем. О нарушениях в волевой сфере свидетельствует бедность и слабость потребностей, недостаточная способность к регуляции различных психических процессов (мышления, внимания и т.д.), возникновение импульсивных реакций на непрогнозируемое для подростков изменение ситуации. Снижение уровня побуждений у этих подростков является вариантом пассивного преодоления стресса, возникающего в результате блокирования потребности в самореализации, общении, автономии и т.д. Обесценивание подростком заблокированных им потребностей приводит к снижению активности, компенсаторному снижению уровня побуждений, временному снятию эмоционального напряжения, ограничению социальных контактов, снижению настроения и пессимистической оценке перспективы. Снижение уровня побуждений может рассматриваться как результат побудительной функции воли, что затрудняет реализацию преодоления препятствий и способствует выбору пассивных стратегий преодолевающего стресс поведения и экстернальной локализации контроля волевого действия. В то же время, возникновение импульсивных поступков у них является результатом недостаточности тормозной функции воли, недостаточной способности тормозить побуждение мотивов и выполнения действий, реагирования по принципу «стимул – реакция», выпадения борьбы мотивов как одного из важнейших звеньев волевого акта. В данном случае личность подростка при столкновении со стрессором использует немедленный путь редукации эмоционального напряжения, что приводит к формированию мало адаптивных форм поведения.

Активность подростков с аддиктивным поведением направлена преимущественно на общение с представителями референтной асоциальной или наркотизирующейся группой, многочисленными знакомыми. Они описывают себя как малоактивных в школе и семье, но интенсивно включающих свою активность при общении со значимыми друзьями. Не испытывая ощущения социальной близости с одноклассниками, не идентифицируя себя с ними, а часто и с членами семьи эти подростки не имеют мотивации на общение или совместную деятельность с ними. Для этих подростков характерна выборочная мотивация к коммуникативной

и другой деятельности, выборочная активность. Используемые подростками стратегии преодоления стресса носят выборочный характер, сочетают в себе как пассивные, так и активные варианты с ориентацией на преодоление жизненных проблем с помощью других лиц. Употребление психоактивных веществ психостимулирующего ряда временно повышает активность, в последующем резко снижающуюся. Эти данные вполне совпадают с наблюдениями И.Н. Пятницкой и Н.Г. Найденовой считающих, что в течение любой формы наркотизма усматривается прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребностей, как в биологическом, так и в социальном аспекте.

Ф. Б. Березин рассматривает снижение уровня побуждений, обесценивание исходных потребностей, как один из четырех типов защитных механизмов интрапсихической адаптации. Он утверждает, что при блокаде актуальных потребностей, уменьшение интенсивности тревоги может быть достигнуто за счет снижения уровня побуждений, обесценивания исходной потребности. По данным С. А. Кулакова у подростков с аддиктивным поведением преобладает мотивация, связанная с личностной автономией, что в реальной жизни проявляется в реакциях пассивного протеста.

На сниженный уровень побуждений, на нарушения волевой регуляции влияют как возрастные особенности, так и актуальное состояние подростков. Исследования зависимости способности к волевому усилию от возраста, проведенные В. К. Калининым, показали, что если младшие дети еще не способны длительно поддерживать волевые усилия, а взрослые владеют этим достаточно хорошо, то подростки, хотя и не способны длительно поддерживать волевые усилия, они могут осуществлять их кратковременно. Старший подростковый возраст рассматривается как наиболее сенситивный для развития волевых усилий. По данным Ю.А. Аргентова для лиц с повышенным уровнем активности, высоким волевым тонусом характерна более выраженная эффективность волевых усилий, чем для лиц, находящихся в состоянии стресса, утомления. Стресс выражено снижает уровень волевой активности. Подростки с аддиктивным поведением находятся в состоянии выраженного хронического эмоционального стресса.

Сфера «Психологическое Я – эмоциональный тон»

Социально адаптированные подростки описывают себя как занимающих активную жизненную позицию, имеющих приподнятое настроение, воспринимающих жизненные трудности как вполне преодолимые, снисходительно относящихся к своим проблемам и недостаткам, уверенных в себе, позитивно оценивающих себя и имеющих высокий уровень жизнелюбия. Они отличаются повышенной эмоциональной чувствительностью, легкой возбудимостью, частой сменой настроения, эгоцентризмом, тревожностью в общении с взрослыми (родителями и значимыми другими), излишней критичностью и самоуверенностью, чувствительностью к оценкам других и ощущению одиночества, склонностью противопоставлять свои взгляды взглядам окружающих. Противодействие социальной среды часто вызывает у них вспышки гневливости, легко возникающие, но быстро проходящие эмоциональные «всплески».

Подростки со сниженным уровнем социальной адаптации описывают себя как испытывающих чувство вины, страхи, тревогу, неуверенность в себе, ощущение собственной неполноценности, изолированности и беспомощности. Их настроение имеет субдепрессивную окраску, сопровождается настороженностью, сниженной моторной активностью, отсутствием типичной для подросткового возраста самоуверенности, выраженной чувствительностью к оценке взрослых. Испытываемое практически постоянно этими подростками ощущение одиночества часто сопровождается тоской, ощущением опустошенности и потерей надежды. Пространственная стесненность, отсутствие возможности уединиться, постоянная физическая и социальная стимуляция средой, вынужденность зависимого от взрослых поведения в детском доме поддерживают сниженный эмоциональный фон настроения. Выбор пассивных стратегий разрешения проблем оставляет чувство неудовлетворенности, лишь на время уменьшает психологический дискомфорт, не воздействует на источник стресса и способствует сохранению эмоционального напряжения.

Подростки с аддиктивным поведением отличаются неустойчивым, часто сниженным настроением. Они испытывают чувства вины, страха, тревоги, связанные с социальной реакцией взрослых на употребление ими психоактивных веществ, нарушенными семейными, социальными отношениями. Вне состояния наркотического или алкогольного опьянения они неуверенны в себе и адекватности своего поведения в той или иной социальной ситуации. Это еще больше повышает их тревожность. Среди присущих этим подросткам страхов доминирует страх быть отвергнутыми как референтной наркотизирующейся группой, так и значимыми для них лицами (сверстниками, взрослыми). Реакция на испытываемое ими чувство одиночества проявляется ощущением собственной неполноценности, подавленностью, отчужденностью, чувством изолированности. Негативная самооценка, неспособность самостоятельно преодолевать сложные жизненные проблемы также способствует поддержанию сниженного настроения.

Депрессия часто предшествует употреблению психоактивных веществ и является важным фактором начала наркотизации и алкоголизации.

Низкий эмоциональный тон и волевая активность подростков связаны между собой. Эмоции не только побуждают, направляют, регулируют деятельность, но и обеспечивают ее энергетически, определяя мобилизацию всей психики и организма (Кудрявцев И.А., 1988). Эмоциональный тон приводит к снижению уровня побуждений, а низкий уровень побуждений определяет снижение эмоционального тона.

Сфера «Психологическое Я – образ тела»

Психология сталкивается с серьезными теоретическими трудностями при осмыслении клинических фактов изменения физического Я, проблемы телесности в целом. Проблема телесности является одной из наименее разработанных областей психологии, важность исследования которой очевидна. «Бестелесная» психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме «ущербности», искаженного развития и патологии» (Тхостов А. Ш., 1991). Если обыденная жизнь вынуждает

здоровых взрослых «не замечать» своего тела, то для подростка собственное тело, его образ является сферой особого значения. Повышенное внимание к своим внешним данным, так же как и к мнению окружающих – одно из важнейших свойств подросткового периода (М.В.Коркина, 1984). Формирование образа тела в детстве происходит постепенно в соответствии с изменениями внешности и размеров тела. В подростковом же возрасте, вследствие резких сдвигов физического и психического развития, происходит перестройка образа тела, которая из-за недостаточной гармоничности роста в этом периоде нередко запаздывает, вызывает озабоченность подростка. Являясь феноменом психологическим, образ тела содержит, прежде всего, оценку физического Я.

Социально адаптированные подростки в целом положительно оценивают свой внешний облик. При этом они предполагают, что и окружающие оценивают его положительно. Тем не менее, они постоянно испытывают сомнения, тревогу по поводу соответствия своего физического облика идеалам, принятым в референтной группе сверстников. Особенно чувствительны они к оценке лиц противоположного пола. Лишний вес, высокий или низкий рост, использование очков, степень развития вторичных половых признаков анализируется особенно пристально как самим подростками, так и их сверстниками. Такие подростки имеют более высокий уровень физического развития, регулярно занимаются спортом, что способствует формированию положительного образа тела. Суждения подростков об образе тела основываются на оценке внешнего вида, внутренних ощущений. Внешнему виду подростки уделяют большое внимание, а за телом осуществляют регулярный уход.

Подростки с низким уровнем социальной адаптации, как правило, имеют искаженное физическое Я и образ тела. Это повышает тревожность подростков, провоцирует повышенное внимание к своей внешности, способствует постоянному поиску реальных или мнимых физических дефектов. При этом у них отсутствует какой-либо индивидуальный четкий эталон образа тела. Как правило, он заменяется эталоном зрительного восприятия героев просмотренных фильмов, «звезд» шоу бизнеса. Восприятие своего тела во многом определяется неопределенной, а часто и негативной социальной реакцией сверстников. Они не имеют ясного представления

о соответствии своего физического Я нормам подросткового возраста. Все это приводит к снижению самоуважения, формированию негативного искаженного образа Я и своего тела, неприязни и отвращения к себе, отрицательному прогнозу отношения к себе значимых других.

У подростков с аддиктивным поведением также присутствуют сомнения и тревоги по поводу формирующегося нового физического состояния. В отличие от социально адаптированных подростков они не предпринимают активных действий с целью совладания со стрессом, связанным с формирующимся образом физического Я: не занимаются спортом, плохо ухаживают за своим телом. Это способствует фиксации тревоги в отношении своего физического Я, которая «снимается» ими с помощью психоактивных веществ. Пытаясь компенсировать недостаточную мужественность мальчики-подростки бравировать наркотизацией и алкоголизацией, применяют гормональные препараты, способствующие физическому росту, а девочки-подростки рано вступают в неразборчивые и интенсивные половые связи. У ряда девочек-подростков образ тела становится чрезвычайно актуальным и занимает наибольшее «пространство» в образе Я. Грандиозность образа тела является современным феноменом развития девиантных и аддиктивных девочек-подростков. Этому способствует современная реклама и актуальные для общественного мнения молодежи идеалы. Я – это, прежде всего, модно одетое тело, которое привлекает противоположный пол и служит для реализации сексуального поведения. Понятно, что при таком положении дел формирование Я-концепции искажено. Употребление психоактивных веществ объективно меняет физическое состояние подростков, как девочек, так и мальчиков. Это, разумеется, служит важной причиной для негативной оценки своего физического Я и накопления тревоги, психоэмоционального напряжения, развития депрессивных реакций. Для снятия этого комплекса вновь используются психоактивные вещества. Таков один из множества замкнутых кругов, по которым происходит дисфункциональная адаптация подростков с аддиктивным поведением.

Сфера «Социальное Я – социальные отношения»

Активная жизненная позиция, функциональный, направленный на социализацию, копинг-стиль, позитивная самооценка способствуют установлению активных социальных отношений успешно адаптирующимися подростками. Это подтверждается социологическими исследованиями. Социально адаптирующиеся подростки в 55% случаев имеют от одного до трех друзей. Отрицают наличие выраженных конфликтов с учителями 95% из них, а 65% положительно относятся к обучающим их лицам в школе. Успешно адаптирующиеся подростки строят свои социальные отношения, исходя из личностных особенностей и ресурсных возможностей. Тем ни менее, они обостренно ощущают свою зависимость от взрослых – родителей, учителей, школьной администрации. Их социальные отношения со сверстниками носят избирательный характер, как правило, сопровождаются ощущением эмоционального контакта и распределяются относительно равномерно между школой, семьей и за ее пределами. В целом, адаптированные подростки удовлетворены своими социальными отношениями.

Социальные отношения подростков с аддиктивным поведением с родителями, учителями и сверстниками не полноценны. Отсутствие навыков адекватной оценки личностных особенностей сверстников, умения дифференцировать понятие «друг» и «приятель» приводит к недифференцированным, поверхностным социальным отношениям. Подростки с аддиктивным поведением бравируют обилием своих социальных контактов. Они отмечают, что у них очень много друзей. Мы расцениваем эту позицию как проявление защитного механизма отрицания одиночества. Фактически эти подростки одиноки, хотя не осознают и не признают этого. Отношения с одноклассниками оцениваются ими как противоречивые, неопределенные, что приводит к ощущению инородности в коллективе класса, потере ощущения желательности своего пребывания в нем, появлению неуверенности в себе в ситуациях общения. Социальные контакты с группой сверстников постепенно «перемещаются» из учебного заведения в наркотизирующиеся группы. По данным социологического исследования о резко выраженных конфликтах со сверстниками сообщают 25% подростков с аддиктивным поведением, 65% отмечают конфликтные отношения с учителями и

администрацией. Свое отношение к учителям, воспитателям обозначают как отчужденное, недоброжелательное, отрицательное 75% подростков.

С.А. Кулаков также отмечает, что социальные отношения рассматриваются как уязвимая сфера Я – концепции, свидетельствующая о факте эмоционального отвержения в семьях, социальной инфантильности наркотизирующихся подростков. По данным Э.Г. Эйдемиллера и соавторов, нарушенные социальные отношения ведут к использованию наркотика в качестве коммуникативного допинга.

Сфера «Социальное Я – нравственные нормы поведения, моральное Я»

Моральное Я является системой нравственного саморегулирования личности, своеобразным «нравственным ситом» поступков человека. Саморазрушающее поведение, с позиции морали, противоречит общественным нормам поведения, приводит в итоге к разрушению личности и ее связи с обществом, торможению личностного роста.

Уровень морального сознания подростков, воспитывающихся в семье и проявляющих социально-адаптированные формы поведения, определяется стремлением к одобрению со стороны значимых других и чувством стыда в случае их осуждения за свои проступки. Подростки стараются быть последовательными в поведении, хотя это не всегда у них получается, не поддаваться ситуативным влияниям, могут противостоять искушениям, самостоятельно оценивать моральное значение происходящего вокруг. Моральные нормы для них являются одним из средств социального контроля над индивидуальным поведением, средством приведения его в соответствие с требованиями социальной среды. Нравственные нормы позволяют им понимать и фиксировать тип социально нормативного поведения.

Для подростков с аддиктивным поведением характерен описанных И.А. Кудрявцевым феномен «двойной морали»: склонность к демонстративному соблюдению социальных норм, когда это может быть выгодно, и их игнорирование с уходом от ответственности, если для этого есть возможность. Нравственная позиция подростков с аддиктивным поведением проявляется в их поступках. Они

легко лгут окружающим, дают обещания, но не выполняют их, проявляют необязательность. Под влиянием наркотизирующейся референтной группы они идут на совершение антисоциальных действий, вступают в моральные конфликты с семьей. Противоречие между желанием принимать наркотик и негативным отношением социальной среды к наркотизации приводит к вынужденному поведению, игнорированию моральных норм. Начинаясь моральное снижение личности подростка наносит и моральный ущерб его родителям, родственникам, значимым другим. Сексуальная распущенность подростков, несмотря на ее транзиторный характер, оставляет отпечаток на всю дальнейшую жизнь, нарушает развитие личности, приводит к трудно восполнимой утрате нравственности. Поэтому понятным и закономерным является выделение А.Е. Личко и Ю.В. Поповым саморазрушающего поведения подростков в самостоятельную форму поведения, не отвечающую общечеловеческим нормам поведения и нравственности, разрушающий духовный мир человека (Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990).

Низкий уровень морального самосознания отражается и на внешнем виде, на поведении подростков. Они активно используют атрибутику, насыщенную знаками пренебрежения моральными нормами. Несоблюдение нравственных норм подростками приводит к потере уважения, доверия, поддержки со стороны родителей, учителей, сверстников. Рассогласование индивидуального поведения с действующими в семье, классе, среде сверстников моральными нормами приводит к потере социальной поддержки со стороны этих сфер, социальной изоляции.

Как показывают исследования И. Шонфильда, социальная поддержка повышает моральный статус и снижает проявления стресса. Исходя из этого, наличие социальной поддержки со стороны семьи, сверстников, значимых других способствует повышению морального статуса воспитывающихся в семье подростков, способствует адекватному формированию морального Я.

Социальная поддержка у подростков с аддиктивным поведением осуществляется сверстниками из наркотизирующейся группы. Однако в связи с нарушенными взаимоотношениями с родителями и частыми внутрисемейными проблемами социальная поддержка подростками с аддиктивным поведением далеко

не всегда воспринимается и не является эффективной. В основном воспринимается поддержка референтной группы наркотизирующихся подростков. Вместе с получением социальной поддержки подростки усваивают и нормы нравственного поведения, мораль наркотизирующейся группы.

Сфера «Социальное Я – профессионально-образовательные стремления, цели»

Профессионально-образовательные стремления, цели подростков, воспитывающихся в семье и успешно адаптирующихся, отражают ценности подростковой субкультуры в целом, потребности, как сегодняшнего дня, так и будущего, учитывают влияние родителей и других значимых взрослых, предполагают некоторые пути их достижения. Выбор подростками профессии далеко не всегда определяется размерами предполагаемой заработной платы, чаще – представлением о своих интересах, склонностях, способностях. Как правило, подростки имеют достаточную информированность о будущей профессии, знают конкретные примеры профессиональной деятельности, получают материальную поддержку со стороны родителей с целью дополнительной подготовки к вступительным экзаменам в вуз, верят в возможность свободного выбора профессии с учетом своего уровня притязаний, более или менее адекватной самооценки.

Подростки с аддиктивным поведением имеют высокий уровень социальных притязаний, но выбор ими профессии носит, как правило, не самостоятельный характер, а подвержен существующим в окружающей их среде социальным нормам и стереотипам. Информированность о предполагаемой профессии, как правило, низкая. Подростки не предпринимают направленных усилий на повышение своего слабого общеобразовательного уровня. В выборе профессии для них ведущую роль играет возможность легкого приобретения денег. Адекватное критическое отношение к своему нынешнему общеобразовательному уровню и ориентация планов на более или менее отдаленное будущее отсутствует.

Сфера «Сексуальное Я»

Социально адаптированные подростки проявляют высокую заинтересованность в вопросах взаимоотношения полов, предпочитают обсуждать эту проблему со сверстниками, а не с взрослыми. Формирующееся половое влечение приводит их к раннему началу половой жизни, к недостаточно дифференцированным вследствие отсутствия сексуального опыта, но контролируемым моральными установками сексуальным контактам. Положительная самооценка, удовлетворенность своим образом тела в целом, способствуют более или менее дифференцированному сексуальному поведению.

Для подростков с аддиктивным поведением характерно наиболее раннее начало половой жизни, по сравнению с другими группами подростков. Их сексуальная активность реализуется, как правило, в группах наркотизирующихся и девиантных подростков в соответствии с существующими в них нормами поведения. Сексуальные контакты часто используются как метод преодоления неуверенности в себе, самоутверждения, направлены на повышение социального статуса и являются формой компенсации неудовлетворенности своим физическим Я. Подростки с аддиктивным поведением регулярно просматривают порнографические фильмы, сопровождая их собственными комментариями, с удовольствием читают соответствующую литературу, активно посещают порно сайты в Интернете, коллекционируют плакаты, фотографии, вырезки с обнаженными телами. Половые контакты весьма часто осуществляются в группе, на фоне наркотического или алкогольного опьянения или вне него, с большим количеством сексуальных партнеров и сопровождаются различного рода сексуальным экспериментированием. Отношение к сексуальным партнерам обычно не учитывает их личностных особенностей, цинично. Многие подростки используют сексуально растормаживающий эффект психостимуляторов. При обсуждении с взрослыми подростки стараются избегать обсуждения вопросов половых отношений. Низкий уровень морального самосознания также влияет на бесконтрольную реализацию подростковой гиперсексуальности в непосредственное поведение.

Сфера «Семейное Я»

Семья, наряду со сверстниками, является социально-поддерживающей системой в подростковом возрасте. Взаимоотношения между членами семьи могут влиять на состояние здоровья, эмоциональное состояние, поведение ее членов. Семья может, как противодействовать стрессовым нагрузкам, так и повышать чувствительность к ним. Социально адаптированные, воспитывающиеся в семье подростки, как правило, удовлетворены взаимоотношениями со своими родителями и считают их адекватными, хотя и отмечают наличие типичных для своего возраста проблем взаимопонимания. По данным социологического исследования свое отношение к матери, как хорошее, отмечают 95% адаптированных подростков, к отцу – 90%. Подростки осознают, что семья обеспечивает их экономические жизненные основы, является для них примером разрешения сложных жизненных проблем, оказывает социальную поддержку, формирует образцы полоролевого поведения, защищает от негативного влияния социальной среды. Они используют индивидуальные и коллективные ресурсы членов семьи для преодоления жизненных стрессов.

Семейные отношения подростков с аддиктивным поведением отражают дезадаптивные характеристики их поведения. Своё отношение к матери как отчужденное, безразличное, неустойчивое, отрицательное оценивают 35% подростков с аддиктивным поведением, 68% аналогично характеризуют своё отношение к отцу. Отмечают неудовлетворенность своими отношениями с матерью 41% подростков и 70% не испытывают удовлетворенности своими взаимоотношениями с отцом. Преимущественным типом воспитания в семьях аддиктивных подростков является гипопротекция, среди которой преобладает явная, сочетающаяся с эмоциональным отвержением (по классификации с А.Е. Личко).

Не вызывает сомнения, что нарушенные семейные отношения, как фактор внешней среды, влияют на употребление наркотиков детьми. Семейные отношения являются одной из уязвимых сфер Я–концепции, свидетельствующих о факте эмоционального отвержения в семьях подростков с аддиктивным поведением. Длительная фиксация родителей на негативных чертах личности подростков

приводит к формированию низкой самооценки. В нарушении сферы семейных отношений у подростков с аддиктивным поведением находит отражение проблема неполных семей, эмоционального отвержения родителями, отсутствие положительной идентификации с ними.

Сфера «Совладание со стрессом. Контроль над средой»

Стремление человека осуществлять контроль над средой является одним из основных принципов личностно-средового взаимодействия. Человек старается организовать среду таким образом, чтобы максимально обеспечить себе возможность выбора различных способов деятельности в данной ситуации. Воспитывающиеся в семье социально адаптированные подростки испытывают субъективное ощущение контроля над средой. Они считают, что их действия по отношению к среде вызывают в ней определенные изменения. Это способствует формированию у них эффективных способов преодоления требований среды. Преодоление стресса при помощи активных копинг-стратегий определяет субъективное ощущение контроля над средой у подростков

Субъективное ощущение контроля над средой у аддиктивных подростков низкое, то есть они имеют выраженное ощущение, что среда контролирует их деятельность. Нарушенные отношения в семье, школе, со сверстниками формируют у подростков с аддиктивным поведением чувство инородности в этих социальных группах, отсутствие социальной идентичности с их членами. Это приводит подростков к поиску социальной референтной группы, способной обеспечить им социальную идентичность. Таковой становится для них наркотизирующаяся группа. Однако функционирование в ней не приводит к субъективному ощущению контроля над средой. Ощущение контроля среды над собой не только не исчезает, но и постепенно усиливается, так как социальная среда диктует собственные нормы внутригруппового поведения. Компенсаторные попытки наркотизирующихся подростков осуществлять контроль над средой носят неадекватный, ауто- и гетероагрессивный характер и не приносят ожидаемого эффекта. Отсутствие сформированных навыков активного преодоления проблем, наряду с другими

причинами, не позволяет аддиктивному подростку устанавливать контроль над средой.

Сфера «Совладание со стрессом. Психопатология»

Акцентуации характера, определяемые по разработанной А.Е. Личко методике (Н.Я. Иванов, А.Е. Личко, 1983), встречались у 62% подростков. Среди успешно адаптирующихся подростков выявлено 17% акцентуаций характера по epileptoидному типу, 10% по гипертимному и 10% по неустойчивому типу. В 2% случаев определялась психологическая склонность к алкоголизации, в 10% выявлена психологическая склонность к делинквентности, а выраженная реакция эмансипации встречалась у 8%.

Подростки с аддиктивным поведением также имеют низкую самооценку своего психического здоровья. Акцентуация характера выявляется у этого контингента в 100% случаев. Наиболее часто встречаются epileptoидный, лабильный, неустойчивый, шизоидный типы. Показатель психологической склонности к алкоголизации встречается в 38% случаев. Психологическая склонность к делинквентности проявляется у 23,3% подростков. Выявленная реакция эмансипации встречается у 19%. У 23% подростков определяются признаки, указывающие на возможность формирования психопатии. Признаки социальной дезадаптации по Ю.В. Попову определяются у 78% подростков с аддиктивным поведением. Выше перечисленные особенности во многом определяются влиянием биологических и психогенных дизонтогенетических факторов, широко описанных у данного контингента в соответствующей литературе.

Сфера «Совладание со стрессом. Приспособляемость»

Как уже отмечалось, подростковый период является периодом активного формирования новых форм адаптации, новых механизмов преодоления стресса, приспособления к среде. Требования социальной среды являются серьезным испытанием для адаптационных возможностей личности. Несоответствие их индивидуальным копинг-ресурсам может приводить к срыву приспособляемости к

среде – дезадаптации. Использование воспитывающимися в семье подростками стратегий активного преодоления требований среды обеспечивает большую эффективность приспособления к ней, способствует развитию адаптационного процесса, обеспечивает формирование у подростков необходимых личностных и средовых ресурсов для преодоления сложных ситуаций. Подростки получают информационную, эмоциональную, материальную поддержку от развитых социальных сетей – семьи, сверстников, значимых других, умеют искать, запрашивать и воспринимать ее. Достаточно высокий интеллект, позитивная Я-концепция и высокая самооценка способствуют высокой приспособляемости к среде.

Подростки с аддиктивным поведением также оценивают свой уровень приспособляемости к среде, преимущественно, как низкий. Применение, в качестве основной, копинг-стратегии поиска социальной поддержки, более высокий уровень восприятия социальной поддержки, наличие семьи облегчают приспособляемость к среде подростков с аддиктивным поведением и являются факторами, способствующими их адаптации. Однако избегание активного разрешения проблем, связь с наркотицизирующимися группами, зависимость от социальной среды, преимущественно носящей асоциальный или наркотицизирующийся характер, являются неблагоприятными факторами, препятствующими эффективной адаптации подростка. Фактически подросток с аддиктивным поведением стоит на перепутье. С одной стороны он имеет немало оснований для успехов в приспособлении (адаптации) к социальной среде, с другой стороны он имеет и много препятствий для этого. Факт заключается в том, что такой подросток чрезвычайно зависит от социальной среды и не умеет ее понимать и оценивать с точки зрения пользы или вреда для себя. Эта социозависимость делает подростка чрезвычайно уязвимым, а прогноз его адаптации неопределенным. Фактически, если подростку повезет, и он встретит на своем пути надежную и адекватную опору, сильную и позитивную личность, он выберется из тупика нарушенных адаптационных процессов. Если не повезет, и он встретит личность с иной направленностью – не выберется, а наоборот, обречет себя на еще большую дезадаптацию. Принципиальной

профессиональной и педагогической ошибкой является обвинение окружения в неудачах адаптации такого подростка и стремление «поместить его в благоприятную среду». Этого мало. Риск дезадаптации и в таком случае будет всегда, так как риск того, что социальная среда может измениться, существует всегда тоже. Наиболее эффективной «прививкой» от дезадаптации для таких подростков является профессиональная психологическая и педагогическая помощь, связанная с развитием копинг-ресурсов и копинг-стратегий.

Сфера «Я-реальное»

В целом успешно адаптирующиеся подростки оценивают себя как высоко активных и склонных к лидерству; уверенных в себе и требовательных к себе и окружающим; склонных к скептицизму и высоко тревожных; не агрессивных, но ориентированных на достижение успеха; имеющих высокий уровень притязаний, легко и быстро принимающих решения; доверчивых, но не всегда послушных; добросердечных, отзывчивых и искренних, непосредственных и прямолинейных, настойчивых и стремящихся к тесному сотрудничеству, уступчивых. Разумеется, их самооценка во многом зависит от мнения значимых для них людей, однако в основном они все же уже стремятся все больше и больше ориентироваться на собственное мнение и опыт в общении с людьми, легко адаптируются к различным социальным ролям, стремятся производить благоприятное впечатление на окружающих. В то же время подростки склонны идеализировать гармонию межличностных отношений. Они оптимистичны, полны энтузиазма, быстро и эмоционально вовлекаются в интересную для них деятельность. В то же время они очень восприимчивы к эмоциональному настрою группы и повышено отвлекаемы на то, что происходит вокруг них.

Подростки с отклоняющимся поведением оценивают себя как пассивных, замкнутых на себе (интравертированных), застенчивых, послушных и зависимых, неуверенных в себе и неудовлетворенных собой, обвиняющих себя в неудачах, тревожных, легко впадающих в подавленное настроение, пессимистично оценивающих свои перспективы, ориентированных на избегание неуспеха,

уходящих от широких контактов, ранимых, впечатлительных, болезненно сосредоточенных на своих недостатках и проблемах, покорных, имеющих повышенное чувство вины. В то же время они чрезвычайно чувствительны. У них повышена чувствительность к средовым влияниям, критике в их адрес, невнимательности к ним, грубости окружающих. Они отмечают у себя замкнутость, вспыльчивость, упрямство, подозрительность. Подростки постоянно не довольны окружающими и сочетают в себе, казалось бы, не совместимые качества: непримиримость, агрессивность, жестокость, обидчивость, отзывчивость и готовность помочь окружающим одновременно.

Подростки с аддиктивным поведением оценивают себя как склонных к компромиссам, эмоционально неустойчивых, тревожных, повышенно дружелюбных, зависимых в самооценке от мнения значимых других, игнорирующих мнение прочих не значимых для них лиц, не агрессивных, легко вживающихся в различные социальные роли, высоко оценивающих свои возможности, стремящихся производить впечатление на окружающих, трудно переносящих критику в свой адрес. Они также отмечают у себя неосмотрительность, доверчивость, уступчивость, отзывчивость, недостаточный скептицизм, недостаточную продуманность поступков и высказываний, то есть тенденцию к спонтанной самореализации.

Сфера «Я-идеальное»

Успешно адаптирующиеся подростки считают, что им необходимо кое-что изменить в себе, чтобы приблизиться к идеалу. Они хотят быть более лидерствующими и самостоятельными, в то же время – менее самоуверенными и скептическими, менее упрямыми и подчиняемыми, менее зависимыми, чем они себя считают. Они испытывают характерное для своего возраста недовольство собой, обеспечивающее при наличии уверенности в своих возможностях, тенденцию к самоусовершенствованию.

Подростки с аддиктивным поведением имеют весьма низкий уровень притязаний к Я. Практически они не считают, что им следует особенно меняться.

Единственное, чего они хотят, так это быть более самостоятельными и меньше зависеть от взрослых. Существенное расхождение между реальным и идеальным Я у них отсутствует. Это отражает отсутствие стремления к самоусовершенствованию, отсутствие осознания перспектив личностного роста.

Можно предположить, что умеренное расхождение реального и идеального Я подростков носит позитивный характер, приводит к возникновению стресса, связанного с неудовлетворенностью собой. Для его преодоления социально адаптированные подростки используют активные копинг-механизмы, мобилизуют персональные и средовые копинг-ресурсы, что побуждает личность к контролю над областью реальных достижений. Регулярное активное преодоление стресса формирует психосоциальные копинг-навыки, тренирует различные психические функции, способствует самосозиданию подростка, совершенствованию системы его отношений. «Разрыв» между структурными компонентами Я свидетельствует об определенной зрелости когнитивных процессов, является стимулом социально-психологического развития и формирования разнообразных вариантов активного разрешения проблем.

Слитность реального и идеального Я подростков с аддиктивным поведением приводит к блокированию стремления к самоусовершенствованию, лишает индивида стимула к развитию, снимает необходимость контроля над своими действиями, создает ощущение удовлетворенности собой и отсутствия проблем при фактически нарушенных отношениях с социальной средой. Это согласуется с мнением Ц.П. Короленко и Т.А. Донских о выраженности защитного механизма упорного отрицания серьезных психологических проблем при аддиктивном поведении. Иллюзия благополучия, как результат нарушения критичности к себе, поддерживается употреблением психоактивных веществ, препятствует развитию активных форм преодоления стресса, приобретению социальных навыков противодействия негативному влиянию среды, снижает активность и демобилизует ресурсы личности, уровень ее притязаний и мотивацию на достижение успеха, переводит личность на более низкий уровень функционирования. В результате возникают все новые и новые нарушения отношений личности со средой,

усиливается эмоциональное напряжение, используются не активные, а пассивные формы преодоления стресса. При таком положении дел причины нарушенных взаимоотношений со средой не устраняются, а, напротив, умножаются, что приводит к хронизации возникших проблем и еще более деструктивным формам адаптации к требованиям социальной среды.

Глава 4. Подходы к модификации и развитию Я-концепции. Мотивационное консультирование.

Наиболее известными подходами, предусматривающими изменения Я-концепции является центрированная на клиенте теория К. Роджерса и мотивационное консультирование С. Рольника и В. Миллера.

В личностно-центрированной, или клиент-центрированной теории подчеркивается важность Я-концепции людей, зависящей от способов, которыми они осознают и определяют себя.

Согласно теории К. Роджерса стремление к актуализации, свойственное организму и делающее возможным его самосохранение и самоусиление, - единственный мотивирующий стимул для людей, определяющий его Я-концепцию. Существуют шесть ключевых характеристик Я-концепции полноценно функционирующих, или самоактуализирующихся личностей.

- открытость для опыта
- рациональность
- личная ответственность
- чувство собственного достоинства
- способность к установлению и поддержанию хороших личных отношений и ведение этичного образа жизни.

В практике личностно-центрированного консультирования акцент делается на качестве межличностных отношений. Центральное исходное положение следующее: если консультанты или психотерапевты создают определенную атмосферу при налаживании отношений с клиентами, то личность этих клиентов конструктивно меняется. Не дается никакая предварительная оценка. Личностно-центрированный

консультант или терапевт обеспечивает всем клиентам конгруэнтность в отношениях, безусловное положительное отношение и эмпатию.

Создание такой атмосферы способствует тому, что у клиентов возрастает конгруэнтность в отношениях, усиливаются чувство собственного достоинства и эмпатии. Таким образом, клиенты находятся в процессе становления личности и регулирования собственной жизни (по А. Нельсон-Джоунс, 2002).

Мотивационное консультирование С. Рольника и В. Миллера – это направляющий, клиент-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи клиенту в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и теми результатами, которые он достигает в связи с реализацией своего дезадаптивного поведения. По сравнению с не директивным консультированием оно более фокусированное и целенаправленное. Исследование и разрешение противоречий (амбивалентности клиента) является главной задачей мотивационного интервьюирования, и консультант намеренно направляет клиента к достижению этой цели.

Мотивация к изменениям исходит от клиента, а не навязывается ему со стороны. Многие другие подходы делают акцент на принуждении, убеждении, конструктивной конфронтации и использовании внешних обстоятельств. Такие стратегии могут быть использованы для вызова изменений, но их сущность сильно отличается от мотивационного интервьюирования, которое основывается на выявлении и мобилизации внутренних ценностей и целей клиента для стимуляции изменения поведения.

Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности. Есть искушение попытаться оказать «помощь», убеждая клиента в срочной необходимости решить проблему и преимуществах изменения. Однако такая тактика усиливает сопротивление клиента.

Стиль консультирования, в основном, спокойный и располагающий. Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и аргументация являются концептуальной

противоположностью мотивационному консультированию и явно противопоказаны при этом подходе. Консультанту, привыкшему к конфронтации и даче советов, мотивационное консультирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Судить следует по конечному результату. Более агрессивные стратегии, которыми иногда движет желание «противодействовать отрицанию клиента», легко превращаются к подталкиванию клиентов к изменениям, к которым те не готовы.

Консультант направляет клиента, помогая ему исследовать и разрешить его собственную противоречивость. Мотивационное интервьюирование не предполагает обучения клиентов навыкам решения проблемы с помощью поведения (поведенческого овладения проблемой), хотя эти два подхода не являются несовместимыми. Рабочее допущение при мотивационном интервьюировании состоит в том, что основной преградой, которую необходимо преодолеть, чтобы вызвать изменение, является амбивалентность (противоречивость) или недостаточность решимости. Специфические стратегии мотивационного интервьюирования созданы для того, чтобы выявить, прояснить и разрешить амбивалентность в атмосфере клиент-центрированного, уважительного консультирования.

Готовность измениться – это не характерологическая особенность клиента, а нестойкий результат межличностного взаимодействия. Таким образом, консультант должен быть очень внимателен и чуток к мотивационным сигналам клиента. Соппротивление и «отрицание» рассматриваются как обратная связь на поведение консультанта. Соппротивление клиента – это часто сигнал того, что консультант предполагает наличие большей готовности к изменениям, чем есть в действительности, и это намек на то, что консультанту нужно изменить стратегии мотивации.

Консультационные отношения больше похожи на партнерские, чем на роли эксперта и обследуемого. Консультант должен уважать самостоятельность клиента и свободу его выбора, касающегося его собственного поведения.

При такой точке зрения нельзя рассматривать мотивационное интервьюирование как технику или набор техник. Скорее, это межличностный стиль. Это тонкий баланс между директивным и клиент-центрированным компонентами. Если оно превращается в уловку или манипулятивную технику, значит сущность его потеряна.

Применительно к работе с детьми и подростками мотивационное консультирование имеет целью изменить жизненный стиль подростка в направлении менее опасного поведения, а также прийти к решению о необходимости прекращения употребления психоактивных веществ, если подросток имеет такой опыт. Таким образом, мотивационное консультирование направлено на то, чтобы вызвать у подростка мотивацию на изменение и консолидировать его личные решения и планы с планом изменений поведения в сторону здорового жизненного стиля.

Однако главная цель не обязательно достигается быстро. Мотивационное консультирование может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям подростка, его актуальной ситуации и степени готовности к изменению дезадаптивного поведения.

Для того чтобы проводить мотивационное консультирование, консультант должен обязательно пройти специальное обучение стилю, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий.

Техника проведения мотивационного консультирования.

Общим в поведении консультантов является умение задавать «открытые» вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевыми стратегиями является

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности клиента посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) проблем клиентом;

- участие в его проблемах;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии клиента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение во время вселить уверенность в отношении возможности таковых.

В общении консультанты должны быть максимально резистентными и минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самооценки у клиента для того, чтобы он воспринимал изменения как возможные для себя, а себя – способным на изменения. Часто используется «обратная связь» для усиления мотивации клиента.

Наиболее важно избегать конфронтации, в которой консультант занимает позицию защиты своего мнения по поводу проблемы клиента и необходимости изменения поведения и мыслей, а клиент доказывает, что у него нет проблем и необходимости изменения.

Аргументация клиента – основное поле работы консультанта и в нем необходимо искать противоречия. Терапевт также избегает позиции «эксперта», который проводит экспертизу и оценивает позицию и решения клиента.

Консультант избегает «закрытых» вопросов (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает того, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

В работе консультанта существует необходимость супервизии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения ее, либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением.

Главная роль консультанта – выявлять и усиливать внутреннюю, присущую клиенту мотивацию на изменение. Эта фасилитаторская роль может включать аккуратно встроенные в беседу элементы обучения на основе сотрудничества. Таким образом, терапевт является фасилитатором (повторяющим усилителем),

учителем и сотрудником. Роль эксперта или советника является неприемлемой. Однако когда персонал нуждается в обратной связи для решения вопроса насколько правильно проводится мотивационная терапия, терапевт выступает в роли обучающего, но только для персонала, а не для клиента.

Клиент должен говорить больше, чем половину времени на протяжении всего разговора. Особенно на протяжении периода, когда он лично реагирует на «обратную связь», которую консультант давал в роли «основательного разъяснителя».

Глава 5. Профилактика и психологическая коррекция нарушений психосоциальной адаптации и отклоняющегося поведения.

Результаты исследования контрастных групп подростков, позволили разработать три теоретические модели копинг-поведения подростков и определить условные крайние позиции превентивного и психокоррекционного процесса нарушений адаптации к требованиям психосоциальной среды.

Модель активного адаптивного копинг-поведения

Данная модель создана на основе результатов исследования социально адаптированных подростков. Как было показано выше, результатом их копинг-поведения является конструктивная адаптация и социальная интеграция. Таким образом, мы можем сформулировать исходные позиции для проведения первичной профилактики нарушений адаптации подростков, к которым должен стремиться превентивный процесс.

Очевидно, что исход копинг-поведения подростков в форме конструктивной адаптации и социальной интеграции может быть достигнут путем целенаправленных воздействий превентивных усилий на формирование активных функциональных копинг-стратегий (базисный стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки) и определенных личностных и средовых копинг-ресурсов, являющихся психологическими факторами резистентности к стрессу и

определяющими способностью к успешной психосоциальной адаптации и развитию здорового жизненного стиля. При этом каждый из структурных элементов копинг-поведения, как блока копинг-стратегий, так и блока копинг-ресурсов, может и должен являться «мишенью» превентивного воздействия.

Итак, активное адаптивное высоко функциональное копинг-поведение включает в себя следующие основные компоненты:

1. Сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных проблем-разрешающих и направленных на поиск социальной поддержки
2. Сбалансированность когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения и развитость его когнитивно-оценочных механизмов
3. Преобладание мотивации на достижение успеха в процессе преодоления стресса и психосоциальных проблем над мотивацией избегания неудачи
4. Готовность к активному совладанию, а, при необходимости, и противостоянию среде, и связанная с этим осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса с целью его устранения
5. Развитые в соответствие с возрастом личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие благоприятный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию эффективных копинг-стратегий (позитивная Я-концепция, развитое восприятие социальной поддержки, интернальный локус контроля над средой, эмпатия, аффилиация, относительно не высокая чувствительность к отвержению, наличие эффективной социальной поддержки со стороны среды и другие копинг-ресурсы).

Позитивная Я-концепция социально адаптированных подростков – один из важнейших личностных копинг-ресурсов, отличается сформированностью в соответствие с возрастом, относительной устойчивостью и в то же время выраженными динамическими характеристиками (подвижностью), то есть способностью к развитию. Она характеризуется высоким уровнем побуждений,

позитивным эмоциональным тоном, сформированным положительным образом тела, адекватными позитивными семейными, социальными, сексуальными отношениями, устойчивым уровнем морального самосознания, сформированными профессионально-образовательными стремлениями, субъективным ощущением контроля над средой, высокой способностью приспособления к среде, сформированностью реального и идеального компонентов самооценки и умеренным расхождением между ними, способствующим росту самосознания.

Модель адаптивного копинг-поведения характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечивающего развитость базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки, личностного копинг-ресурса восприятия социальной поддержки, возможностью активного самостоятельного выбора источника поддержки, определения ее вида и дозирования объема, успешным прогнозированием ее возможностей.

Среди вышеперечисленных характеристик активного копинг-поведения фактически отсутствуют такие, которые можно рассматривать как психологические факторы риска, повышающие чувствительность индивида к стрессу. Более того, характеристики данной модели являются факторами резистентности к стрессу, и их преобладание, в конечном итоге, определяет исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию индивида.

Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения

Разработанная на основании результатов исследования подростков с аддиктивным поведением, предполагает два крайних, негативный и позитивный, варианта исходов копинг-поведения, определяемых разной эффективностью функционирования сопряженных блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Она позволяет сформулировать исходные позиции для вторичной профилактики (психокоррекции), от которых должен отталкиваться превентивный процесс, определить его «мишени». Ниже приводится характеристика основных компонентов данной модели.

Итак, псевдоадаптивное дисфункциональное копинг-поведение включает в себя следующие основные компоненты.

1. Сочетанное использование как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий; использование базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки в качестве ведущей
2. Несбалансированное функционирование когнитивной, поведенческой и эмоциональной составляющих копинг-поведения
3. Повышенный удельный вес в структуре копинг-поведения не соответствующих возрасту инфантильных копинг-стратегий
4. Дефицит навыков активного использования копинг-стратегии разрешения проблем и замена ее на копинг-стратегию избегания с использованием фармакологического механизма реализации данной стратегии (психоактивные вещества).
5. Неустойчивость, флюктуация мотивации на достижение успеха, либо на избегание неудачи. Преимущественная направленность копинг-поведения не на стрессор, а на редукцию возникающего психоэмоционального напряжения.
6. Подчиненность среде и псевдокомпенсаторный характер поведенческой активности.
7. Низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов как в целом, так и отдельных компонентов его структуры (неустойчивая, негативная, искаженная Я-концепция; неравномерно распределяемое по сферам и низкого уровня субъективное восприятие социальной поддержки; неоднозначная по эффективности и направленности (от адекватных и неадекватных социальных сетей) социальная поддержка; неустойчивый, низкого уровня субъективный интернальный локус контроля над средой; относительно высокий уровень развития эмпатии и аффилиации; отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки).

Рассматриваемый вид копинг-поведения носит псевдоадаптивный характер. Разрешение жизненных проблем подростками часто ассоциируется с разрешением проблем, связанных с наркотизацией, а сам наркотик воспринимается как средство преодоления проблем одиночества, нарушенной коммуникации, плохого самочувствия и т.д., что фактически создает иллюзию

разрешения проблем в результате употребления психоактивного вещества. Кроме того, фармакологический механизм реализации стратегии избегания позволяет подросткам, используя психоактивные вещества, за счет изменения своего психического состояния, хотя бы на время, устранить ощущение контроля среды над собой и таким образом снять психоэмоциональное напряжение.

Социально-поддерживающий процесс в данной модели также носит псевдоадаптивный характер. Подростки с адаптивным поведением пытаются преодолеть стресс, надеются на поддержку со стороны окружающей среды, а взамен получают негативный образец поддержки наркотицизирующейся группы. При развитии базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки субъективное ее восприятие направлено преимущественно на наркофильную социальную сеть, в наименьшей степени – на просоциальное поддерживающее окружение (семья, друзья, учителя, врачи и т.д.).

Негативный исход аддиктивного копинг-поведения представляет собой формирование биопсихосоциальной наркотической зависимости, перехода донологического этапа в нозологический, и приводит к социальной дезинтеграции, изоляции, дезадаптации. Используемая подростками с аддиктивным поведением копинг-стратегия избегания и ряд слабо развитых копинг-ресурсов, повышают индивидуальную чувствительность подростков к стрессу и являются психологическими факторами риска дезадаптивного копинг-поведения.

Психологическим факторами риска дезадаптивного аддиктивного копинг-поведения являются следующие:

- Регулярное использование пассивной копинг-стратегии избегания
- Низкая эффективность копинг-стратегии поиска социальной поддержки
- Отсутствие сформированных навыков активного разрешения проблем
- Наличие негативной, искаженной, деформированной Я-концепции
- Низкий уровень восприятия социальной поддержки и ее направленность в сторону асоциальной сети наркотицизирующихся лиц
- Получение социальной поддержки от партнеров по наркотизации

- Неустойчивый уровень субъективного контроля над средой
- Высокая чувствительность к отвержению
- Отсутствие расхождения между реальным и идеальным компонентами самооценки.

В то же время в структуре копинг-поведения наркотизирующихся подростков имеются и психологические факторы резистентности к стрессу, определяющие способность сохранять здоровье, формировать адаптивные паттерны поведения и препятствующие переходу аддиктивного поведения в зависимость от психоактивных веществ.

Факторами резистентности к стрессу у подростков с аддиктивным поведением являются следующие:

- Развитая базисная копинг-стратегия поиска социальной поддержки и ее ситуационно-специфический аналог – копинг-стратегия дистанцирования в варианте приближения
- Направленность восприятия социальной поддержки не только в сторону наркотизирующейся группы, но и в сторону просоциальных поддерживающих сетей
- Наличие социальной поддержки со стороны семьи, друзей, значимых других
- Развитые эмпатия и аффилиация

Негативный вариант аддиктивного поведения развивается в случае явного преобладания в копинг-поведении подростков психологических риск-факторов дезадаптивного копинг-поведения над психологическими факторами резистентности к стрессу, слабой их развитости.

Позитивный вариант исхода преодолевающего стресс поведения приводит к социальной интеграции в просоциальную сеть и адаптации индивида к среде. Он развивается в случае преобладания психологических факторов резистентности к стрессу над психологическими факторами риска дезадаптивного копинг-поведения.

*Модель пассивного дисфункционального дезадаптивного
копинг-поведения подростков*

Разработана на основе результатов исследования копинг-поведения воспитанников детского дома. Она предполагает исход в виде дезадаптации подростка, его социальной изоляции в результате неэффективного функционирования блоков копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Она позволяет сформулировать позиции для вторичной (психокоррекция) и третичной (реабилитация) профилактики нарушений адаптации, от которых должен отталкиваться превентивный процесс, определить его мишени и стратегии.

Модель характеризуется следующими признаками:

1. Преобладание пассивных копинг-стратегий над активными
2. Несбалансированность функционирования когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения
3. Неразвитость когнитивно-оценочных механизмов поведения
4. Дефицит социальных навыков разрешения проблем
5. Интенсивное использование инфантильных копинг-стратегий, не свойственных подростковому возрасту
6. Использование базисной копинг-стратегии избегания в качестве ведущей в копинг-поведении, наряду с применением ситуационно-специфических копинг-стратегий и механизмов психологической защиты, направленных на уход от проблемы
7. Преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха
8. Отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей
9. Негативное отношение к проблемам и оценка их как угрожающих благополучию
10. Псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности
11. Низкий функциональный уровень копинг-поведения
12. Отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор, как причину негативного влияния, а воздействие на психоэмоциональное напряжение, как следствие негативного воздействия стресса, с целью его редукции
13. Слабая осознаваемость стрессорного воздействия

14. Низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых копинг-ресурсов (слабо сформированная Я-концепция, неразвитость восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля над средой, относительно высокая чувствительность к отвержению, отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны социальной среды).

Негативная Я-концепция у подростков с пассивным дисфункциональным и дезадаптивным копинг-поведением проявляется в низком уровне побуждений к действию, морального самосознания, сниженном эмоциональном тоне, искаженном образе тела, нарушенных семейных, социальных и сексуальных отношениях, слабо сформированных профессионально образовательных стремлениях, низком субъективном уровне контроля над средой, ощущении низкой приспособляемости к среде и в выраженном расхождении между реальным и идеальным компонентами самооценки.

Кроме того, низкая эффективность функционирования блока личностных и средовых копинг-ресурсов определяется пассивным характером использования копинг-стратегии социальной поддержки, низкой способностью к ее восприятию в сферах «семья», «друзья», «значимые другие», слабостью средового копинг-ресурса социальной поддержки как функции социальных сетей подростка. Низкая эффективность социально-поддерживающего процесса определяется и пассивным, вынужденным или принудительным характером выбора социальной поддержки, что обеспечивает снижение самооценки, самоуважения, «подавление» других копинг-ресурсов и использование копинг-стратегий.

Данные характеристики модели пассивного копинг-поведения подростков повышают их индивидуальную чувствительность к стрессу и рассматриваются как психологические факторы риска и предикторы деструктивного копинг-поведения.

На основании моделей копинг-поведения трех контрастных групп подростков, современных превентивных подходов разработана концептуальная модель психопрофилактики нарушений социальной и психологической адаптации в подростковом возрасте, базирующаяся на теоретических основах

транзакциональной когнитивной теории стресса и копинг Р. Лазаруса и принятой ВОЗ классификации профилактики.

Копинг-превенция или первичная психопрофилактика нарушений психосоциальной адаптации подростков, основанная на интегративной копинг-концепции, является неспецифической и наиболее массовой. Ее контингентом является общая популяция детей и подростков, а целью – формирование активного адаптивного функционального копинг-поведения, направленного на продвижение к здоровью, уменьшение числа лиц, имеющих психологические факторы риска возникновения нарушений психосоциальной адаптации, формирование невосприимчивости к дисфункциональным паттернам поведения. Копинг-превенция является наиболее эффективной, поскольку стремится полностью избежать патологических исходов. Редуцировать число лиц, у которых может быть начат процесс формирования дезадаптации. Усилия первичной профилактики меняют одни развивающиеся процессы на другие и направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование здоровья.

Копинг-превенция имеет следующие задачи:

- Совершенствование, повышение эффективности использования подростками активных копинг-стратегий
- Увеличение потенциала личностных и средовых копинг-ресурсов (формирование, развитие позитивной устойчивой Я-концепции, повышение эффективности социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля, восприятия социальной поддержки и других копинг-ресурсов).

Основным способом реализации задач копинг-превенции является обучение эффективным поведенческим стратегиям, социальным навыкам и умениям преодоления стресса, управления им, а также оказание подросткам социальной поддержки адекватными социально-поддерживающими сетями. Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса может проводиться в форме психологического тренинга проблем-разрешающего копинг-поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых

психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию Я-концепции, эмпатии, аффилиации, снижению чувствительности к отвердению и т.д.

В процессе копинг-превенции принимают участие социально-поддерживающие сети «семья», «друзья и сверстники», «значимые другие». В сети «значимые другие» контингенту профессионалов и субспециалистов в лице прошедших специальную подготовку педагогов, воспитателей, психологов, врачей и других лиц, участвующих в превентивной деятельности, отводится ведущее место. Превентивная интервенция, проводимая социально-поддерживающими сетями, включает в себя создание и реализацию разнообразных профилактических программ, и совершенствование социально-поддерживающей сети, ее коррекцию и создание, в случае необходимости, искусственной сети доноров социальной поддержки. Применяемые профилактические программы могут фокусироваться как на отдельных социальных сетях (семья, сверстники, школа и т.д.), так и на отдельных индивидах или социальных группах подростков, используя при этом средства массовой информации, возможности альтернативного асоциальному досуга, тренинг поведенческих навыков и т.д.

Вторичная копинг-профилактика (психокоррекция, психотерапия) включает в себя как социальные, так и медицинские мероприятия неспецифического и специфического характера. Ее контингентом являются подростки с поведением риска, имеющие псевдоадаптивные и дезадаптивные паттерны поведения (аддиктивное, девиантное, делинквентное поведение). По своей направленности на контингенты риска вторичная копинг-профилактика является массовой, оставаясь индивидуальной в отношении коррекции поведения отдельных подростков. Проводимые в рамках вторичной копинг-профилактики мероприятия ведут к уменьшению числа распространенных в популяции расстройств и состояний путем вмешательства на ранних этапах их развития.

Целью вторичной копинг-профилактики является изменение псевдо- или дезадаптивного поведения на адаптивную форму, перерыв эволюции патогенетического процесса и предупреждение в результате этого клинической манифестации расстройств поведения.

Достижение цели вторичной профилактики требует выполнения следующих задач:

1. Овладение навыками практического применения активных копинг-стратегий разрешения проблем, совершенствование использования копинг-стратегии поиска социальной поддержки, психологическая коррекция вариантов использования пассивной копинг-стратегии избегания.
2. Повышение потенциала блока личностно-средовых копинг-ресурсов (коррекция негативной, искаженной Я-концепции и субъективного восприятия социальной поддержки, увеличение уровня интернального контроля, развитие эмпатии и аффилиации, коррекция естественных социально-поддерживающих сетей, изменение направленности получения социальной поддержки от неадекватных социальных сетей на адекватные).

Реализация задач вторичной копинг-профилактики может быть осуществлена путем оказания подросткам различных видов социальной поддержки адекватными естественными, а также искусственно созданными сетями и путем обучения подростков эффективным социальным навыкам и умениям преодоления стресса, управления им (обучение активным копинг-стратегиям).

Обучение эффективным навыкам преодоления стресса и оказания поддержки может осуществляться в форме различных видов психологического тренинга (тренинг разрешения проблем, поиска, восприятия и оказания социальной поддержки, тренинг когнитивно-оценочной составляющей копинг-поведения, коммуникативных навыков посредством развития эмпатии, аффилиации, снижения чувствительности к отвержению, психологическая коррекция самооценки, отдельных сфер и всего динамического комплекса Я-концепции, мотивация на эффективное стресс-преодолевающее поведение, достижение успеха), и других форм психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Реальная помощь подросткам при проведении вторичной копинг-профилактики может оказываться социальными сетями «семья», «сверстники», «значимые другие». В социальной сети «значимые другие» профессионалы и субспециалисты

(психологи, врачи, педагоги, воспитатели), прошедшие специальную подготовку, составляют поддерживающее ядро.

Профилактическое воздействие социально-поддерживающих сетей включает в себя создание и реализацию разнообразных психокоррекционных программ, имеющих целью совершенствование естественных социальных сетей, их коррекцию и создание искусственных сетей социальной поддержки. Используемые профилактические программы могут фокусироваться на семье, школе, носить общественный характер, влияя через средства массовой информации, либо альтернативный – в форме организации досуга подростков. Это могут быть программы аффективного и интерперсонального обучения, основанные на тренинге поведенческих навыков и т.д. Выполнение их должно осуществляться специально подготовленными, обученными копинг-профилактике специалистами – психотерапевтами, психологами, педагогами и воспитателями.

Третичная копинг-профилактика (психотерапия, реабилитация).

Эффект от превентивного воздействия во многом определяется возможностью замены потенциально патологических звеньев на непатологические. Данный подход подтверждает мнение ряда авторов, которые считают, что профилактические действия, проводимые в рамках третичной профилактики фактически не являются превентивными, так как они начинаются после того, как факт глубокого нарушения адаптационных процессов уже установлен. Исходя из этого, третичная копинг-профилактика нарушений психосоциальной адаптации у подростков является преимущественно клинико-психологической и медицинской задачей, индивидуальной или групповой по форме и направленной, по содержанию, на предупреждение перехода сформированной патологической цепи в более тяжелую стадию, предупреждение обострений и направление процесса обратного развития дезадаптивных паттернов поведения в сторону более адаптивных. Она осуществляется посредством обучения подростков с выраженной социальной дезадаптацией активным эффективным стратегиям преодоления стресса, оказания социальной поддержки, проведения терапии специально подготовленными психотерапевтами и клиническими психологами. Необходимым условием третичной

копинг-профилактики является осознание как подростком и его родителями, так и самим психотерапевтом того, что личность должна сама активно преодолевать сформированную патологию как выраженный и хронический дистресс. При проведении третичной копинг-профилактики резко возрастает роль социально-поддерживающей сети «значимые другие» в лице профессиональных «доноров» социальной поддержки (врачи, психологи и т.д.). Расширение репертуара копинг-стратегий, переориентация подростка с доминирующего использования пассивных копинг-стратегий (в том числе и в фармакологическом варианте) на активные, позволяет увеличить сроки ремиссии, снизить частоту рецидивов, избежать выраженной социальной дезадаптации.

Особое внимание следует уделять осознанию, модификации и развитию копинг-ресурсов подростков (искаженной Я-концепции, формированию адекватного интернального локуса контроля, восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации), а также аффективных, когнитивных и поведенческих процессов.

Результаты внедрений трех вышеперечисленных моделей профилактики могут проявляться в виде реальных результатов используемых конкретных методов и программ через определенные временные промежутки. От третичной копинг-профилактики следует ожидать результатов на конкретных группах подростков, но за достаточно короткий срок. Более продолжительный срок после внедрения, но и более широкий охват населения, приносит внедрение вторичной копинг-профилактики. Самый широкий охват населения, но за достаточно продолжительные сроки, с наиболее эффективными результатами следует ожидать от мер первичной копинг-профилактики.

Методы и формы профилактики нарушений психосоциальной адаптации в младшем, среднем и старшем школьном возрасте.

В психокоррекционной работе с детьми младшего школьного возраста успешно используются как индивидуальные, так и групповые методы.

Групповая работа в младшем школьном возрасте наиболее эффективна в рамках игровой деятельности. Игра в практике детской психотерапии впервые была

использована З.Фрейдом как вспомогательный метод. Задачей З.Фрейда было выявить через цепь ассоциаций « истинный источник символической игры ». Позже А.Фрейд использовала игру как основной метод психотерапии в детском возрасте. Целью такой игры было доведение путем интерпретации до сознания ребенка его собственных действий, конфликтов, вызывающих болезненное состояние. Взрослый рассматривался как пассивная фигура. Игра ребенка являлась спонтанной. М.Клейн (1932), которая уже применяла игру в целях психологической терапии, считала, что психотерапевт должен занимать по отношению к детям активную руководящую позицию. Она отказалась от утверждения, что в игре непременно происходит символизация вытесненных конфликтов, допуская, что в ней могут находить свое выражение реальные жизненные отношения. Важным является положение М.Клейн об обязательном привлечении к работе родителей с целью коррекции их отношения к воспитанию ребенка. Применение игры как терапевтического средства отечественными психологами основывается на теориях игры Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева. Наиболее полно теория игры разработана в трудах Д.Б.Эльконина. Игра является ведущим средством профилактики, психокоррекции и психотерапии данного возраста. Цель игры - помочь ребенку осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, трудности и успехи.

Игровая психотерапия выполняет три функции: диагностическую, терапевтическую и обучающую, все три связаны между собой и реализуются как на начальном этапе (в спонтанной игре), так и в направленной игре, которая обычно представляет собой импровизацию какого-либо сюжета. Процесс игровой терапии, по Захарову, складывается из четырех взаимно перекрывающихся этапов объединения детей в группу, рассказов, игры, обсуждения. Объединение детей в группу начинается совместной и интересной для них деятельностью в виде экскурсий в музей, предметных игр, рассказов об увлечениях. Следующий этап групповой психотерапии - рассказы, которые сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе. Основной этап групповой психотерапии - игра, которая проводится на темы, предлагаемые детьми и терапевтом. В играх последовательно воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации. Игры на данном

этапе, в отличие от этапа объединения, требуют включения терапевта и высокой активности играющих. По мере движения группы вперед содержание ролевых игр меняется от терапевтически направленных до обучающих. Терапевтические игры ставят своей целью устранение аффективных препятствий в межличностных отношениях, а обучающие - достижение более адекватной адаптации и социализации детей. Обсуждение - заключительный этап игровой психотерапии.

А.И.Захаров обращает внимание на коррекционные возможности ролевой игры с применением тряпичных, надеваемых на руку кукол. Здесь широкие возможности для интеграции метода сказкотерапии с игрой. Где игра строится на манер кукольного представления и проводится в виде импровизаций монологов и диалогов действующих лиц, когда взрослый в роли, скажем, лисы, обезьянки или кота взаимодействует с другими игровыми персонажами, имитируя ситуации неожиданного появления, угрозы, страха и защиты, хитрости и коварства, дружбы и обмана и т.д.

А.С. Спиваковская использует игру в качестве основного рычага коррекционной работы. В процессе игровой коррекции решаются следующие конкретные задачи: вызываются у ребенка новые формы переживаний, воспитываются чувства по отношению к взрослому, сверстникам, самому себе, формируется адекватное отношение к самому себе и другим, развивается система самооценки и самосознание, повышается уверенность в себе, развиваются и обогащаются приемы общения со сверстниками, отрабатываются новые формы и виды как игровой, так и неигровой деятельности.

В процессе игровой коррекции используются специально разработанные приемы и методы игровых занятий, содержание которых соответствует коррекционным задачам. Некоторые игры предлагаются самими детьми и затем входят как обязательные процедуры коррекции. На занятиях детям предлагается большой набор сюжетно-ролевых игр, специальные игры-драматизации, в ходе которых реализуется прием десенсибилизации страхов, используются игры, содействующие достижению эмоциональной децентрации, снимающие барьеры в общении.

В современных профилактических программах для детей следует применять групповую развивающую игру в рамках мультикомпонентных программ профилактики нарушенных форм адаптации в младшем школьном возрасте.

При проведении психопрофилактической и психокоррекционной работы в школах, часто возникает проблема непонимания игровой формы взаимодействия с детьми. Анализ существующей игровой практики и структуры игр подвижного и спортивного характера, используемых в общеобразовательных школах, школах-интернатах и детских домах, показывает, что набор предлагаемых ученикам игр весьма стереотипен, запрограммирован под «умения» педагогов и воспитателей, и во многом формален. Общее снижение интереса начальной школы к детской игре в определенной мере нивелирует значение подвижных игр в режиме жизнедеятельности младшего школьника. Примечательно, что когда 8-10 летним детям задается вопрос о том, чем они больше всего любят заниматься, то примерно 70% девочек и мальчиков называют – сидение у телевизора или компьютера.

В работе с младшими школьниками нами используются игры с активным физическим компонентом. Они позволяют решить целый комплекс важных вопросов в работе с младшими школьниками: удовлетворить их потребность в движении и стабилизировать эмоции, научить владеть своим телом и осознавать его, развить не только физические, но и когнитивные функции, творческие способности, нравственные и моральные качества. Двигательная деятельность игрового характера и вызываемые в процессе игры положительные эмоции улучшают работу всех органов и систем. Активная двигательная деятельность тренирует нервную систему ребенка, совершенствуя и уравнивая процессы возбуждения и торможения. При активной совместной увлеченности детей и захватывающей их устремленности к достижению цели повышается роль воли, развивается мотивационно-потребностная сфера. В связи с развитием игровой деятельности происходят важнейшие изменения в психике ребенка, в которой развиваются психические процессы, подготавливающие его к новым ступеням его развития. Игра дает ребенку возможность выражения чувств и влечений, которые не находят выражения вне игры. Она является источником развития самосознания ребенка, произвольности его

поведения, особой формой моделирования им отношений с взрослыми и сверстниками. Проиграв и прожив в игре определенные моменты, ребенок автоматически переносит их в реальную жизнь. Уже в реальности, руководствуясь знаниями и правилами, подчиняет выполнению этих правил свое импульсивное поведение. Особую ценность в этом плане представляет драматическая или ролевая игра. Д.Б. Эльконин говорил: «Когда ребенок играет, он проявляет свою внутреннюю драму, различные аспекты своей внутренней личности». Таким образом, ребенок не только изображает себя, но и преобразует свою личность.

Наши игровые программы для детей младшего школьного возраста включают следующие методы:

- Интерактивные игры и разминки
- Драматическая и ролевая игра
- Рисуночные методы
- Арт-терапевтические методы
- Ритуалы
- Элементы сказкотерапии
- Групповая форма работы и групповое обсуждение
- Мозговой штурм
- Другие когнитивные методы

Функции драматической и ролевой игры:

В драматической и ролевой игре ребенок находит выход запрещенным или социально не одобряемым эмоциям и побуждениям (агрессия и т.д.), которые ему необходимо проявить в допустимой и не травматичной форме, осознать и решить, что с ними делать, как справляться, преодолевать. Кроме того, ему необходимо побывать в самых разнообразных ролях (тренинг эмпатии, коммуникативной и персональной компетентности других личностных копинг-ресурсов). В драматической и ролевой игре ребенок получает опыт использования множества социальных ролей. С помощью драматической игры ребенок пытается расширить и изменить свою Я-концепцию, сломать ригидные и тесные пределы, которые

поставили ему обстоятельства. Он тренирует стратегии разрешения проблем и поиска социальной поддержки. Учитя воспринимать ее и разрешать свои личные проблемы. Кроме того, в драматической и ролевой игре ребенок получает возможность выражения подавленных потребностей, осознания их, поиска и апробации путей и удовлетворения.

Рисуночные методы. Арт-терапия

Использование визуального канала коммуникации имеет целый ряд достоинств. Например, словесное описание душевной травмы, пережитой ребенком, часто представляет серьезную проблему. Ребенок может не иметь соответствующего запаса слов для выражения своих чувств. Рисунок помогает оживить сферу своих ощущений и способствовать выражению подавленных чувств. Изобразительная деятельность позволяет обходить «цензуру сознания». Она предоставляет уникальную возможность для выражения и актуализации «спящих» идей и состояний, тех социальных ролей и форм поведения, которые слабо проявляются в повседневной жизни. Художественный образ может либо сохраняться, либо разрушаться без причинения ущерба другим людям.

Арт-терапия является средством свободного самовыражения и самопознания. Она имеет «инсайт-ориентированный» характер, предполагает атмосферу доверия, высокой терпимости и внимания к собственному внутреннему миру и внутреннему миру другого человека. Она также является средством невербального общения. Это делает ее особенно ценной для детей младшего школьного возраста, так как они еще затрудняются в словесном описании своих переживаний. Выражения мыслей, идей и переживаний через творчество позволяет по-новому взглянуть на ситуацию и житейские проблемы и найти, благодаря этому, путь к их решению.

Ритуалы

Выполняют функцию закрепления позитивной программы. Когда такой ритуал будет «закреплен», он может быть использован для привлечения позитивных эмоциональных ресурсов в психологически трудной, эмоционально отрицательной ситуации.

Элементы сказкотерапии

Сказки являются непосредственным отображением психических процессов и по своей ценности превосходят многие другие формы донесения информации. В сказках разные люди, их мыслительные и поведенческие стереотипы предстают в наиболее простой, чистой и краткой форме. Образы героев позволяют осмыслить собственные внутренние переживания и процессы, происходящие в обществе.

Групповое обсуждение

В процессе группового обсуждения дети учатся находить компромисс, отстаивать свои взгляды и позиции, конструктивно реагировать на критику, получать «обратную связь», являющуюся регулятором развития Я-концепции в групповом процессе.

Мозговой штурм

Создает возможности интенсивного когнитивного развития, генерации творческих и разнообразных идей, поиска новых вариантов решения проблем, обмена мыслями и идеями. Участники учатся высказывать необычные и смелые идеи, внимательно слушать мнение других, принимать любые идеи, которые не критикуют, а совместно обсуждают, а потом выбирают самую лучшую.

Другие методы когнитивного развития и модификации

Помогают освободить мышление от иррациональных убеждений, формирующих неадекватную и ригидную самооценку и затрудняющих эффективное взаимодействие с социальной средой, лучше понимать себя, других и социальные ситуации, осмысленно решать жизненные проблемные ситуации, действовать не импульсивно.

Интерактивные игры и разминки

Шутливые игры позволяют детям отдохнуть от интенсивной нагрузки школьных и программных занятий. Доставляют удовольствие. Вызывают положительные эмоции. Способствуют сплочению группы и преодолению различий между детьми, тренируют социально поддерживающее поведение.

Игры имеют целью налаживание коммуникации и повышение коммуникативной компетентности, обучают адекватному социальной ситуации проявлению эмоций (как негативных: агрессия, обида и т.д., так и позитивных). Они

способствуют формированию доверия, позитивной самооценки, эффективному межличностному взаимодействию, осознанию собственной автономии и психологических границ, улучшению взаимодействия между членами группы и поднятию уровня ее активности.

Преимущества групповой работы

Групповой опыт препятствует отчуждению. Группа отражает общество в миниатюре. Участники группового процесса получают бесценную возможность получения обратной связи поддержки друг от друга. В группе дети получают навыки общения, экспериментируют с различными стилями взаимоотношений, идентифицируют себя с другими. Группа облегчает процессы самораскрытия и самопознания.

Таким образом, разумное использование резервов игровой деятельности и двигательной активности является инструментом развития адаптационных возможностей организма и личности младшего школьника. Несомненно, в профилактических и психокоррекционных программах для этого возраста используются и другие разнообразные виды деятельности, но как утверждал Д.Б. Эльконин: «Ни в какой другой деятельности нет такого эмоционально наполненного вхождения в жизнь взрослых, такого действенного выделения общественных функций и смысла человеческой деятельности, как в игре».

Основные компоненты работы

Психологический – развитие личностно-средовых копинг-ресурсов и адаптивных поведенческих стратегий, коррекция психологических особенностей личности, способствующих формированию отклоняющегося и аддиктивного поведения, создание благоприятного доверительного климата в коллективе, работа с эмоциями и чувствами.

Потребностно-мотивационный - обеспечивает формирование у детей мотивации и потребности в саморазвитии и самореализации.

Аксиологический – предполагает осознание ребенком ценности собственной уникальности, уникальности окружающих, единства с миром во всей его полноте, развитие Я-концепции.

Образовательный – повышение социальной и персональной компетентности детей, которое достигается путем получения ими информации о себе и окружающем мире, понимания своих чувств и эмоций, получения знаний о возможных способах работы с ними, заботы о себе, конструктивных способах разрешения проблем.

Психопрофилактическая работа

с подростками среднего и старшего подросткового возраста

Также проводится как в групповой, так и в индивидуальной форме. При этом используются еще более разнообразные методы: тренинг поведения, развития личностных и средовых ресурсов, когнитивная модификация и терапия, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, психогимнастика, элементы психодрамы, индивидуальная и групповая психотерапия, круглые столы, совещания и супервизия.

Программы профилактики для данного возраста также используют описанный выше комплексный подход. В них есть специальные занятия по темам, касающимся стресса и проблем-разрешающего поведения, формирования навыков оценки проблемной ситуации и принятия решений, способах преодоления личных сложностей, кризисов и межличностных конфликтов. При этом вся структура занятий предусматривает постоянную тренировку стресс-совладающего поведения участников. Таким образом, предусмотренные программами тренинги являются «тренингами инициации», включающими в себя помимо прочих методов психокоррекционного воздействия и набор испытательных и развивающих процедур, прохождение которых позволяет подростку «войти в мир взрослых».

Рассмотрим этот процесс на примере анализа содержания и структуры конкретных занятий. Хотя, на первый взгляд, ситуация в тренинговой группе подростков среднего и старшего возраста не слишком отличается от обычной, учебной, вместе с тем, в основе лежит иной принцип – не принцип интеллектуального обучения, а эмоциональный и когнитивно-поведенческий подход. При этом активно используется и психодинамический подход, направленный на процесс осознания, и когнитивный, сфокусированный на

понимании и гуманистический, основанный на идее самоактуализации личности. Сочетание вышеназванных подходов позволяет участникам тренинга не просто получить необходимую информацию, а «здесь и сейчас» пережить ситуацию стресса и справиться с ней, а затем, подвергнув рефлексии собственные мысли и переживания, с минимальной помощью ведущего выйти на осмысление и обобщение полученных результатов. Сама структура занятия построена так, чтобы усиливать эмоциональную составляющую. Упражнения, включенные в занятия, содержат компоненты самоисследования, которые затем подвергаются обсуждению и анализу, а также телесные компоненты. Эти особенности делают программные занятия очень результативными. Обобщающая дискуссия о стратегиях, способствующих преодолению стресса, плавно перерастает в разговор о ресурсах совладания с ним: организменных (физическая сила, ловкость), социальных (наличие поддержки), когнитивных (умение ставить перед собой задачи и последовательно идти к их решению, способность к адекватному предвидению последствий своих действий), мотивационно-волевых (умение мобилизоваться), способность, как сказал один из участников, «буквально взглядом» договориться о совместных действиях, правильная оценка психологических ресурсов соперников и т.д. События, происходящие в процессе тренинга, чаще всего оцениваются подростками как эмоционально стрессовые (вызов или угроза), редко как нейтральные, что приводит к большому эмоциональному напряжению. Это имеет ряд следствий для участников. Часть участников боится самораскрытия (возможного вреда). В то же время эмоционально благоприятная, гуманистическая и психологически поддерживающая атмосфера тренинга делает этот процесс весьма значимым и мотивация к самораскрытию нарастает. Эмоциональное напряжение, испытываемое другой частью участников, оценивает стрессовые ситуации, происходящие во время тренинга, как вызов, что, соответственно, фасилитирует поиск адекватных стратегий совладания и актуализацию копинг-ресурсов. Таким образом, обнажается процесс когнитивной оценки ситуации, который может быть осознан, понят, подвергнут обсуждению и когнитивной переработки. Следует отметить, что когнитивные процессы в процессе тренинга актуализируются

вследствие высокой эмоциональной включенности участников. В связи с этим становится понятным, что для запуска активного и регулируемого тренером копинг-процесса в целом полезнее любые эмоции, чем незаинтересованное, нейтральное отношение участников.

В процессе тренинга ведется активная работа с искажениями социальной перцепции, как одним из центральных звеньев малоэффективного когнитивного функционирования. Нетерпимый, абсолютистский стиль высказываний некоторых участников вызывает активную обратную связь членов группы. Возникает управляемый тренером процесс конструктивной конфронтации с такими когнитивными искажениями как, например, свехгенерализованные высказывания, абсолютизация какого-либо мнения, «черно-белое» восприятие сложных явлений. Для многих подростков становится открытием, например, тот факт, что события, которые они переживают как катастрофические, многими участниками воспринимаются по-другому. Некоторым участникам с выраженным «истероидным» компонентом, переоценивающих связь большинства событий с ними персонально, становится полезным узнать, что другие участники не видят этой связи. Особенно ценным является тот факт, что обратную связь по поводу когнитивных искажений подростки получают не от взрослых ведущих, а от сверстников.

Для некоторых участников наибольшую сложность представляет распознавание, расшифровка, анализ поведения других участников. Многие подростки интерпретируют нейтральное или даже доброжелательное поведение других как агрессивное или осуждающее. Стиль поведения таких подростков в группе можно охарактеризовать как защитно-агрессивный. Система упражнений, направленных на распознавание и адекватное выражение собственных эмоций, а также на развитие социальной перцепции, эмпатической тенденции, существенно повышает адекватность когнитивных оценок большинства участников и позволяет им преодолеть избегающий, защитно-агрессивный стиль взаимодействия, заменив его более эффективным и конструктивным.

Глава 6. Профилактика алкоголизма и наркоманий.

Профилактика зависимости от наркотиков представляет собой стратегии, направленные либо на снижение факторов риска заболевания наркоманией, токсикоманией или алкоголизмом, либо на усиление многих факторов, которые понижают восприимчивость к болезни. Определенные жизненные обстоятельства могут либо способствовать, либо препятствовать началу употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков называются факторами риска употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем психоактивных веществ называются факторами защиты (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп, для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактивного вещества. Например, факторами риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- *0 проблемы физического и психического здоровья;
- *1 рождение и воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией;
- *2 регулярное общение со сверстниками, употребляющими наркотики, отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
- *3 личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей и т. д.);
- *4 ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- *5 высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;
- *6 неспособность освоить школьную программу, прогулы в школе;
- *7 проблемы межличностного общения в семье, школе, со сверстниками;

Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- *8 семейная стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теплые, близкие отношения с членами семьи;
- *9 средний и высокий уровень дохода в семье, адекватная обеспеченность жильем;
- *10 высокое качество медицинской помощи;
- *11 низкий уровень преступности в регионе;
- *12 доступность служб социальной помощи;
- *13 высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;
- *14 высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, устойчивость к давлению сверстников, умение контролировать свое поведение;
- *15 соблюдение норм общества в употреблении психоактивных веществ.

Становится очевидным, что профилактика имеет перед собой цель усилить факторы защиты, препятствующие началу употребления и уменьшить факторы риска формирования зависимости от психоактивных веществ. Нет единственного фактора, который бы способствовал началу употребления психоактивных веществ конкретным человеком. В процессе жизни на индивида воздействует совокупность, как факторов риска, так и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием зависимости от наркотиков.

В мире существует определенные отработанные подходы к проведению профилактического воздействия в зависимости от уровня проблемы. Они основаны на классификации профилактики, принятой Всемирной Организацией Здравоохранения, в рамках которой профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика зависимости от психоактивных веществ имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ лицами ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и

ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Первичная профилактика стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

Вторичная профилактика зависимости от психоактивных веществ является избирательной. Она ориентирована на лиц, имеющих эпизоды употребления психоактивных веществ, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии возникает в тех случаях, когда заболевание имеет вероятность возникнуть (профилактика для групп риска) либо когда оно возникло, но не достигло пика своего развития.

Третичная профилактика зависимости от психоактивных веществ является преимущественно медицинской, индивидуальной и ориентирована на контингенты больных, зависимых от психоактивных веществ. Третичная профилактика типа «А» направлена на предупреждение дальнейшего злоупотребления психоактивными веществами больными либо на уменьшение будущего вреда от их применения, на оказание помощи больным в преодолении зависимости. Третичная профилактика типа «Б» (именуемая так же четвертичной) направлена на предупреждение рецидива заболевания у больных, прекративших употреблять психоактивные вещества.

Разработка и апробация различных программ профилактики наркотической зависимости среди детей, подростков, молодежи становится все более актуальным научным направлением во всем мире, в том числе и в России. Однако формирование эффективных профилактических стратегий происходит с большими трудностями. Многие авторы обзоров действующих профилактических программ приходят к заключению о том, что результаты их внедрения не являются оптимистичными. Это связано с несколькими причинами: недостатком теоретически строго обоснованных моделей, отсутствием достаточного количества апробированных техник, неточным определением предмета (объекта) воздействия и т.д.

Существенный прогресс в области профилактики наркомании обеспечивается разработкой подходов, сфокусированных на понимании профилактики как превенции, учитывающей, прежде всего психосоциальные и личностные факторы, препятствующие началу наркотизации. Анализ содержательной стороны различных подходов имеет не только теоретический, но и практический интерес.

Подход, основанный на распространении информации о вреде наркотиков

Данный подход является наиболее распространенным типом профилактических стратегий, базирующихся на предоставлении частичной информации о наркотиках, их вредоносности и негативных последствиях употребления. Обучающие программы ориентированы на познавательные и когнитивные аспекты принятия решения, как особенно важные в поведенческом плане. Имеется в виду, что повышение качества знаний об употреблении психоактивных веществ и его последствиях будет эффективным для изменения поведения.

Существуют три различных варианта информационного подхода: 1) предоставление частичной информации о фактах влияния употребления наркотиков на организм, поведение, а также статистических данных о распространенности наркомании; 2) стратегия запугивания, инициирования страха, цель которой — предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные и опасные стороны употребления наркотиков; 3) предоставление информации об изменениях личности людей, употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных.

В настоящее время эти подходы частично комбинируются между собой и с другими типами профилактических вмешательств. Информационные программы обладают эффектом повышения уровня знаний обучающихся, но могут дать лишь толчок к уменьшению потребления алкоголя и наркотиков. Большинство этих программ не включает в себя задач, направленных на реальное изменение поведения, недостаточно интенсивны и краткосрочны.

В отечественной наркологии данный подход представлен методами санитарного просвещения. Отечественные и зарубежные специалисты оценивают эффективность такого санитарного просвещения как низкую. Однако, на наш

взгляд, преждевременно полностью отказываться от указанного метода. Необходимо изменить его традиционную ориентацию на негативные аспекты различных факторов риска в сторону упора на сознательно формируемые возможности приобретения знаний и навыков, обеспечивающих здоровье. Данный подход должен быть строго дифференцирован в зависимости от пола, возраста, экономических и социальных условий, характерных для "фокусных" групп населения, ориентироваться как на индивида, так и на отдельные конкретные контингенты, слои, общество в целом.

Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении.

Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях индивида, его навыках их распознавать и управлять ими. Аффективное обучение базируется на учете того, что зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций, выявляющих личностные факторы риска — низкую самооценку, слабо развитые навыки принятия решений. В рамках этой концепции выделяются следующие цели: повышение самооценки; определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций; развитие навыков принятия решений; формирование способности справляться со стрессом. Основная часть данной модели стала центральным компонентом популярных в настоящее время программ развития "жизненных навыков".

Подход, основанный на роли социальных факторов

Профилактические стратегии, нацеленные на социальные факторы, способствующие вовлечению в употребление наркотиков, основываются на признании того, что влияние сверстников и семьи играет важную роль в этом процессе, способствуя или препятствуя началу наркотизации. Данный подход базируется на теории социального научения А. Бандуры, утверждающей, что поведение индивида постепенно формируется в результате позитивных и негативных последствий его собственного поведения и воздействия примеров

соответствующего и несоответствующего поведения окружающих (родителей, других родственников или значимых лиц из окружения).

Важнейшим фактором развития тех или иных форм поведения является среда как источник обратных связей, поощрений и наказаний. В связи с этим подчеркивается важность социально ориентированных воздействий, направленных на предотвращение действия значимых факторов негативного влияния, таких, например, как социальное давление. Программы профилактики основываются на определении структуры сети социального влияния и состоят из следующих компонентов: тренинг устойчивости к социальному давлению; "прививки" против воздействия средств массовой информации; информация о влиянии со стороны родителей и других взрослых; коррекция нормативных ожиданий. Программы такого рода включают в себя различные компоненты, однако не существует единой системы социального влияния, исчерпывающим образом раскрывающей механизмы, приводящие к употреблению наркотиков. Преимущественными способами в ходе реализации таких программ являются ролевые игры, техники усиления определенных видов социального влияния и т.д.

Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, предотвращая или "отодвигая" начало употребления наркотиков. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, подчеркивается важная роль формирования системы позитивных лидеров-сверстников.

Подход, основанный на формировании жизненных навыков

Жизненные навыки — это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать умение жить вместе с другими и вносить изменения окружающую среду. Данный подход базируется на понятии изменения поведения.

Теория социального научения А. Бандуры и теория проблемного поведения Р. Джессора являются основой этого направления, позволяя, с одной стороны, приблизиться к пониманию причин возникновения зависимости от наркотиков, а с

другой стороны, создать потенциально эффективные профилактические стратегии. Первая теория связывает данный подход с направлением социальных влияний, вторая — с социально-психологическим направлением, учитывающим проблемы, являющиеся актуальными в подростковом возрасте, включая употребление наркотиков, раннее сексуальное поведение, делинквентность и т.д.

Проблемное поведение — такое, как употребление наркотиков, рассматривается с точки зрения функциональных проблем и подразумевает помощь подросткам в достижении личностных целей. С точки зрения концепции Р. Джессора, начальная фаза употребления наркотиков, наблюдающаяся преимущественно в подростковом возрасте, может быть: демонстрацией взрослого поведения; формой отчуждения от родительской дисциплины; выражением социального протеста и вызовом по отношению к ценностям среды; "инструментом" эксперимента; стремлением получить новый, ранее не познанный опыт; поиском удовольствия или расслабления; "открытием двери" в группу сверстников; средством стать участником определенного жизненного стиля; сигналом потребности в помощи в ситуации конфликта, напряжения; результатом давления со стороны социальной среды; актом отчаяния; ответом на определенные нарушения в психологическом и социальном развитии. Исследователи описывают большое количество таких субъективных побуждений и четко устанавливают один факт: обусловленное ими употребление наркотиков становится основным фактором в повседневном поведении подростков и молодых людей. Именно поэтому, с точки зрения К. Харрельмана, они нуждаются в приобретении умения противостоять вовлечению в употребление наркотиков, будучи некомпетентными в других формах социального "разговора" со средой, и рассматривают психоактивные вещества как неотъемлемую часть среды.

Впервые программа развития жизненных навыков была разработана Д. Ботвиным. Цель ее заключалась в повышении у подростков устойчивости к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков, в повышении индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам. В настоящее время такие программы широко распространены

в США и странах Западной Европы и охватывают, в основном, три области: информация и социальная устойчивость; развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение различным социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивания своей позиции).

Реализация данного подхода в российской практике привела к созданию на основе базовых программ Life Skills International пособия по первичной профилактике зависимостей для общеобразовательной школы, внедрению в нескольких школах Москвы адаптированных программ антинаркотического обучения. По сравнению с другими подходами модель программ развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной, однако социально-психологические и культуральные особенности России требуют поисков более углубленного профилактического подхода.

*Подход, основанный на
альтернативной потреблению наркотиков деятельности*

Сторонники данного подхода предполагают, что значимая деятельность, альтернативная наркотизации и алкоголизации, способствует уменьшению распространения случаев развития зависимости от наркотиков и алкоголя. Сформировав позитивную зависимость от среды, люди приобретают определенный тип целесообразной активности.

Впервые концепция поведенческой альтернативы наркотизации была сформулирована в США в 1972 году Дохнером и базировалась на следующих позициях: 1) психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта; 2) многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности; 3) люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее; 4) альтернативы наркотизации являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению. Данная концепция акцентирует внимание на важной роли среды и ориентируется на развитие

специфической позитивной активности с целью уменьшить риск употребления наркотиков. Американскими исследователями подчеркивается необходимость формирования направленности на развитие информированной личности, значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности. В Германии подобное направление было развито Силберейсеном и сотрудниками, причем упор делался на выработку "функционального эквивалента" как ключевой позиции каждой профилактической стратегии. Предлагалось исходить из психологической модели употребления наркотиков, основывающейся на понимании того, что употребление наркотических веществ является попыткой преодоления негативных моментов различных фаз развития в жизни молодого человека.

В настоящее время можно выделить четыре варианта программ, которые основываются на модели поведенческой альтернативы употреблению наркотиков. К ним относятся: 1) предложение специфической позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий; 2) комбинация специфических личностных потребностей со специфической позитивной активностью; 3) поощрение участия во всех видах такой специфической активности; 4) создание групп поддержки молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.

Результаты внедрения этих программ не свидетельствуют о явных успехах или неудачах. Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения

Подход, основанный на укреплении здоровья

Укрепление здоровья (health promotion) — это процесс, помогающий индивидам и общественным группам усилить контроль над определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. В настоящее время "укрепление здоровья" является неким объединяющим понятием и отражает "примирение" человека с окружающей средой. Оно сочетает в себе личный выбор и социальную ответ-

ственность, что ведет к улучшению здоровья в будущем. Идея, основывающаяся на развитии жизненных навыков и компетентности у каждого члена общества с тем, чтобы он мог регулировать факторы, определяющие здоровье, а также требование вмешательства в окружающую среду для усиления влияния факторов, благоприятных для здоровья, составляют концептуальную основу данного подхода. Эта стратегия в сжатом виде выражается фразой «Делать здоровый выбор максимально доступным».

Важной составляющей концепции укрепления здоровья является жизненная компетентность. В этом контексте наибольшее значение приобретают защитные факторы здоровья — в контрасте с концепцией факторов риска, которая учитывает состояние личности и среды, влияющее на развитие болезни. Основной целью программы укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности. Таким образом, программы укрепления здоровья ориентируются на изменение личности и среды, поскольку важность социальной и культурной ситуации для их реализации очевидна.

Группы, в которых проводится обучение здоровью, преимущественно охватывают учащихся, поскольку в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое образование. Кроме того, работа проводится с микросредой — семьей, общностью, в которой живет ребенок. Таким образом, концепция укрепления здоровья интегрирует школьную среду и связанные с ней группы взрослых. Она подразумевает изменение типа и структуры школьного образования. Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

Интегративный подход

Данный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий (компонентов), применяющихся для реализации выше перечисленных подходов. Многокомпонентные программы позволяют получить объединенный

эффект комбинации разнонаправленных профилактических стратегий. Составными компонентами интегративных профилактических программ часто являются знания о психоактивных веществах и последствиях их употребления, развитие мотивации на укрепление здоровья, формирование жизненных навыков (разрешения проблем, поиска и восприятия социальной поддержки, противостояния давлению употребить психоактивные вещества и защиты себя и других сверстников в ситуациях связанных с возможным их употреблением). Несовместимые с употреблением вредных веществ альтернативная деятельность (спорт, творчество, культурные мероприятия, хобби и т. д.), и формирование системы ценностей, норм поведения и жизненного стиля, как правило, являются компонентами интегративных профилактических программ.

Таким образом, анализ современных подходов к профилактике потребления наркотиков детьми, подростками, молодежью показывает их недостаточную эффективность в современных условиях. Необходима разработка новых концептуальных ее основ. Решение данной проблемы вряд ли возможно без понимания того, какие личностные и средовые ресурсы помогают сохранять здоровье и успешно справляться с требованиями среды, в том числе — преодолеть искушение наркотизации.

Концептуальные модели профилактики наркоманий и токсикоманий.

Постоянные и не прекращающиеся перемены, происходящие в любом обществе, развитие знания и науки делают невозможным создание универсальной концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикоманий. Требуется непрерывное обновление и усовершенствование профилактических подходов. Тем ни менее существует ряд общепризнанных концептуальных моделей, позволяющий ориентироваться в методологической базе различных профилактических программ.

1. Трансакциональная модель превенции А. Дж. Самероффа

Данная модель предполагает, что поведение человека детерминируется характеристиками индивида и среды, в которой индивид функционирует. Автор модели полагает, что индивидуальные характеристики человека проявляются только при действии специфических состояний среды. На жизненное личностное пространство, психологический, поведенческий статус влияют контекстуальные факторы, которые сами по себе подвластны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между личностью и средой описываются в терминах “транзакция”. Цель модели - показать, что возможность понять и предвидеть результаты поведения человека зависят от идентификации, анализа и понимания таких транзакций. Это понимание важно для возможности предупредить и контролировать причины наркотизации, детских и подростковых психосоциальных расстройств. Транзакциональная модель показывает, что риск расстройств может быть вызван тремя причинами:

- а) характеристиками индивида, имеющего те или иные предрасположенности расстройств;
- б) характеристиками среды, воздействующей на индивида;
- в) специфическими комбинациями индивидуальных и средовых характеристик.

Вместе эти элементы способствуют последовательности событий, которые включаются в функциональное или дисфункциональное поведение. Такие последствия определяются как “этиологические изменения”, определяющие эмоциональные и поведенческие исходы, которые превентивные усилия позволяют избежать. Модель рассматривает развитие ребенка как продукт динамических интеракционных состояний и опыта, который он получает в процессе функционирования в семейной и социальной среде. Наиболее важным положением этой теории является то, что ребенок и среда не рассматриваются независимо в отрыве друг от друга. Они являются взаимозависимыми элементами одной системы, а поведение ребенка строго детерминировано накопленным опытом.

Транзакциональная модель предполагает, что уровень риска психосоциальных расстройств различен во времени, поскольку индивид и среда не всегда находятся в равновесии. Когда в какой-то определенной точке равновесие между средой и индивидом нарушается, поведение и эмоциональная сфера личности

дестабилизируются, уровень риска возникновения психосоциальных расстройств повышается. Р.Белл считает, что индивидуальные, семейные или средовые обстоятельства, в ряде случаев, позволяют защитить личность от возникновения психосоциальных расстройств и помогают уменьшить влияние факторов риска наркотизации.

2. Модель антисоциального поведения Г. Паттерсона.

Модель базируется на транзакционной концепции и исходит из того, что в процессе развития детей существуют периоды “несогласованной” активности. В том случае, когда взрослые неуместно стремятся дисциплинировать детей, они создают контекст, в котором ребенок усиленно обучается принудительному поведению. Родители, неуместно постоянно следящие за детьми, контролирующие их действия, требующие выполнения строгих дисциплинарных установок, снижают позитивные усилия ребенка, уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ребенком. В ответ на действие родителей у ребенка развивается протестное поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении передразнивать воспитывающих лиц, воплях, визге. Такое поведение, вызывает у родителей негативный ответ, который усиливает поведенческие нарушения, переходящие в открытую агрессию, включая физическую. Когда протестное поведение проявляется часто и интенсивно, а дисциплинарные требования чрезмерны и неуместны, ребенок усваивает ригидные поведенческие стереотипы, которые будут использоваться им в общении со сверстниками и в школе. Одновременно процесс обучения лабильным, более подвижным поведенческим стратегиям затормаживается. Когда протестное поведение используется при общении со сверстниками и в школе, на него неизбежен агрессивный или избегающий ответ. Результатами этого является снижение самооценки и плохая успеваемость, формируются негативные транзакции, следствием которых является антисоциальное поведение.

3. Модель «Превентивных буферов» Н. Гемези и М. Роттера.

Гемези и Роттер выдвинули гипотезу о превентивных буферах или позитивных факторах, которые способствуют снижению чувствительности к стрессу и развитию адаптивного поведения. В качестве примера превентивного буфера часто приводят социальную поддержку.

Разработка концептуальных моделей профилактики в России.

Описанные зарубежные превентивные модели широко используются на практике. Однако существующие культурные, этнические и социально-психологические различия между странами создают определенные трудности при решении задачи их успешной адаптации в России. Необходима разработка отечественной методологии профилактики.

Основой для создания концептуальной модели профилактики наркоманий и токсикоманий послужили исследования различных групп детей, подростков и взрослых: условно здоровых - без выраженных факторов риска психосоциальной дезадаптации; с аддиктивными формами поведения; лиц зависимых от алкоголя и наркотиков.

В этой связи определяются задачи, технологии и методы профилактической деятельности.

Задачи профилактической деятельности:

1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Исследователями установлено, что формирование у человека позитивного отношения к окружающему миру, желания вести здоровый образ жизни более эффективно, чем запугивание последствиями злоупотребления психоактивными веществами.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью или радостью, ощутить поддержку “значимого другого”. Такая возможность есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально-

поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут более эффективно преодолевать стрессы без употребления наркотиков.

3. Развитие протективных 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 от наркотиков.

4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей, в организованных и неорганизованных группах населения.

Информирование людей о действиях и последствиях злоупотребления психоактивными веществами, о формах избегания ситуаций соприкосновения с наркотиками и отказа от их применения, вариантах поиска 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 членами их семей. Для того чтобы люди захотели изменить свое поведение, необходимо сформировать у них активное желание, решимость и готовность – то есть 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 лицами, употребляющими наркотики. Прежде чем стать на путь выздоровления, зависимый от наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ человек проходит длинный, тернистый путь: от осознания своих подлинных чувств, преодоления психологических защит, осмысления деструктивности своего поведения до желания изменения дезадаптивных форм поведения на более адаптивные.

7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых.

Любой человек должен иметь возможность получить помощь социально-поддерживающего окружения. Поэтому, если он одинок и у него нет естественного социально поддерживающего окружения, необходимо создание структур, которые могут оказывать поддержку. Для этого необходима подготовка субспециалистов, волонтеров - сверстников и взрослых, имеющих навыки социально-поддерживающего и адаптивного поведения.

8. Поощрение стремления к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизация вреда от такого употребления.

Это - работа с теми, кто уже употребляет наркотики. В данном случае, усилия направляются на формирование желания уменьшить и прекратить их употребление.

9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных к контакту подростков и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества.

Решение этой задачи требует разработки различных технологий. Однако главные из них – социальные. Развитие безопасной и доступной системы помощи зависимым лицам, многоуровневой системы их социальной поддержки и ресоциализации.

Технологии профилактики

Технологии профилактики можно условно подразделить на педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические.

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, высоко функционального жизненного стиля.

Их осуществлением могут заниматься специально обученные специалисты в области профилактики. В их основе лежат знания и умения, связанные с медико-психологическими формами работы с населением (психотренинговая работа).

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики.

Цель данного вида технологий – предоставление объективной информации о наркотиках и психоактивных веществах, их действии на психику и организм человека, последствиях употребления и возможной помощи при возникновении проблем, связанных с ними; мотивация на здоровый образ жизни; создание сетей социальной поддержки. Данная цель может быть достигнута посредством специального образования, которое может осуществляться разнообразными способами: с помощью системного обучения детей и подростков, родителей, специалистов и волонтеров, которые в дальнейшем смогут работать с населением.

Кроме этого очевидна необходимость повышения уровня знаний руководителей и работников здравоохранения и образования, средств массовой информации, политических и государственных деятелей.

К социальным и педагогическим технологиям 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 наркотизации, создание института социальных работников и волонтерства.

Медико-психологические и психокоррекционные технологии вторичной профилактики

Цели данных технологий:

1. Осознание и преодоление барьеров (когнитивных, эмоциональных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения форм собственного поведения.

Эмоциональные барьеры

Люди, употребляющие наркотики, обычно, не умеют осознавать свои эмоциональные проявления. Поэтому достаточно сложной задачей для них является аффективное обучение (обучение способности проявлять и осознавать эмоции). Только после того как человек сможет осознать свои истинные чувства, он приходит к мысли о том, что наркотики мешают ему нормально жить и может принимать решение о необходимости изменения своего поведения в направлении продвижения к здоровью.

Когнитивные барьеры

Когнитивные барьеры, мешают человеку адекватно осмысливать жизненные ситуации.

В распоряжении потребителя психоактивных веществ имеется целый арсенал когнитивных уловок, мифов, защитных механизмов, направленных на самообман, создание иллюзорно-компенсаторной субъективной действительности.

Человек начинает жить в несуществующем в реальности мире. Ему кажется, что он может контролировать ситуацию, управлять ею. На самом деле – реальность другая. Это – формирующаяся или уже сформировавшаяся зависимость от психоактивных веществ. Поэтому столь важен процесс преодоления когнитивных барьеров, который приводит к переосмыслению ситуации, к осознанию, что выбранный путь ведет к заболеванию.

Поведенческие барьеры

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 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 тренингов, направленных на развитие ресурсов личности и социальной среды, обучение навыкам проблем-преодолевающего поведения, резистентности к давлению наркоманической среды.

Социальные технологии вторичной профилактики.

Цель этих технологий – психосоциальная адаптация. Их осуществление происходит путем формирования и развития мотивации на отказ от употребления психоактивных веществ. Эта задача может осуществляться не только при помощи психологических, но и посредством социальных технологий.

К социальным технологиям относятся:

1. Воздействие социальной средой, подготовка и включение в работу группы консультантов (из числа выздоравливающих больных). Бывшие потребители наркотиков могут наиболее успешно создать постоянно функционирующее мотивационное поле, ориентирующее членов группы на прекращение употребления психоактивных веществ. Человеку, прекратившему употребление наркотиков, необходимо постоянное формирование мотивации на изменение себя и своего взаимоотношения с социальной средой. В противном случае срыв неизбежен.
2. Развитие и формирование навыков проблем-преодолевающего поведения.
3. Формирование социально-поддерживающего поведения и создание социально-поддерживающей среды.

Медико-биологические технологии вторичной профилактики.

Цель этих технологий - нормализация нарушенного физического, психического развития, биохимического и физиологического функционирования.

Технологии третичной профилактики.

Технологии третичной профилактики также условно можно подразделить на медико-психологические (психотерапевтические), социально-педагогические и медико-биологические.

Главными задачами третичной профилактики являются профилактика рецидивов и психосоциальная адаптация людей зависимых от психоактивных веществ.

Организационные основы профилактики

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Для создания профилактических программ необходимо четко представлять принципы, по которым строится профилактическая активность.

1. Принцип системности. Этот принцип предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной, социальной и наркотической ситуации в стране.

2. Принцип стратегической целостности.

Этот принцип определяет единую стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции. Подход к профилактике должен быть стратегически целостным.

3. Принцип многоаспектности.

Предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности: личностно-центрированного, поведенчески-центрированного, средо-центрированного.. Личностно-центрированный аспект – это система воздействий, направленных на позитивное развитие ресурсов личности. Поведенческий аспект - целенаправленное формирование у детей и взрослых прочных навыков и стратегий адаптивного поведения. Средо-центрированный аспект - формирование систем социальной поддержки (т.е. системы социальных институтов, направленных на профилактическую и реабилитационную активность). Эта система может быть

организована в отдельном округе, районе, стране, и должна носить организованный характер.

4. Принцип ситуационной адекватности профилактической деятельности.

Означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической, социально-психологической и наркологической ситуации в стране.

5. Принцип динамичности.

Предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования профилактической деятельности.

6. Принцип солидарности.

Означает солидарное межведомственное взаимодействие между государственными и общественными структурами с использованием системы социальных заказов.

7. Принцип легитимности.

Предполагает реализацию целевой профилактической деятельности на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки большинством населения.

Профилактические действия не должны нарушать права человека.

8. Принцип полимодальности и максимальной дифференциации.

Предполагает гибкое применение в профилактической деятельности различных подходов и методов, а не центрирование только на одном методе или подходе.

Основные стратегии и направленность профилактических программ

Для построения профилактических программ, важно понимать, на какую категорию населения направлено профилактическое воздействие, каковы его временные рамки, оказывается ли оно на личность или среду ее окружающую и в какой форме это происходит. Учитывая все эти факторы, можно определять основные стратегии работы.

Стратегии профилактического воздействия:

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях. Создание так называемой сети социально-поддерживающих учреждений.
2. Профилактика, основанной на работе в школе, создание сети здоровых школ или включение программы обучения здоровью во всех школах.
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 группу 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 дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

В зависимости от времени воздействия профилактические программы делятся на 3 категории:

1. Постоянно - действующие;
2. Систематически - действующие;
3. Периодически - действующие.

1. Постоянно - действующие программы.

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

2. Систематически-действующие программы.

Эта модель предполагает проведение регулярных систематических профилактических мероприятий, рассчитанных на определенный промежуток времени (несколько месяцев, несколько раз в год и т.д.).

3. 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 психоактивных веществ. К подобным акциям в команду профессионалов возможно привлечение “выздоровливающих зависимых” - лиц, имеющих в прошлом опыт употребления психоактивных веществ, поскольку они способны собственным примером убедить людей в превосходстве здорового стиля жизни. Обязательным является предварительное обучение этих людей.

Программы когнитивного обучения рассчитаны, прежде всего, на детей в возрасте от трех до шести лет и детей младшего школьного возраста. Они отличаются повышенной эффективностью. Суть этих программ заключается в обучении детей принятию адаптационных решений, ответственности за собственное поведение и осознанности поведенческого выбора.

В основе программ аффективного обучения заложена идея необходимости работы с эмоциями и системой эмоционального регулирования. По мнению авторов этого направления, переживаемый в подростковом возрасте кризис идентичности может спровоцировать поведенческие расстройства, в том числе и зависимость от психоактивных веществ. Цель данных программ - научить детей и подростков регулировать эмоции, не прибегая к формам саморазрушающего поведения.

Программы интерперсонального обучения являются попыткой предупредить у подростков возможность злоупотребления психоактивными веществами путем развития представления о себе, понимания своих ощущений и интерперсональных связей, обучения навыкам принятия решений и коммуникативной компетентности.

Программы поведенческого обучения или поведенческой модификации основываются 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.

Программы формирования социальных альтернатив базируются на идее о том, что альтернативная алкоголизации, наркотизации, делинквентности и т.д. активность подростков способствует их переориентации. Это - всевозможные формы занятости молодежи, рискованные виды спорта, путешествия с элементами научно-исследовательской деятельности и др. Наш опыт анализа таких программ говорит об их высокой эффективности.

Общественные программы подразумевают получение эффекта профилактического воздействия через средства массовой информации - радио, телевидение, газеты, журналы, афиши и плакаты, почтовые открытки, лекции, конференции, встречи, книги, фильмы, видеоролики. Цель этих программ - увеличение информации о последствиях, оказываемых на здоровье употреблением алкоголя, табака и наркотиков. Эти программы призваны действовать на установки, касающиеся употребления психоактивных веществ, а также социальные и средовые факторы, поддерживающие установки в отношении изменения поведения.

Программы, сфокусированные на школе, включаются в национальную политику образования и представляют собой уроки в школьных классах, посвященные обучению здоровому поведению, предупреждению ВИЧ-инфекций, ранней беременности, курения табака, употребления наркотиков и алкоголя. Современные школьные программы усовершенствованы и не полагаются на тактику внезапного испуга. Исследования показывают, что знания лучше усваиваются, если не вызывают сильного страха и в ситуациях доверительной коммуникации.

Программы улучшения взаимодействия между учителями и школьниками включают тренинг учителей с целью создания социально-поддерживающего климата в школе, работу с самооценкой и Я-концепцией учителя, тренинги личностного контроля и социальных навыков.

Программы, сфокусированные на семье. Специалисты признают особую важность роли семьи в процессе профилактики зависимости. В настоящее время развивается ряд сфокусированных на семье профилактических программ, которые показали свою эффективность: программы тренинга родителей, программы развития семейных и социальных навыков у детей и родителей, программы формирования семейного копинг-поведения.

Программы создания групп социальной поддержки. Следующим направлением превентивной профилактической активности является создание групп социальной поддержки лидеров- сверстников, лидеров- родителей и лидеров-педагогов, групп само - и взаимопомощи. В одиночестве трудно преодолеть сложную кризисную ситуацию. Если у ребенка отсутствует социальная среда, способная поддерживать его, такую среду необходимо создавать.

Мультикомпонентные программы учитывают индивидуальные и средовые аспекты профилактики (школьные, семейные, общественные и т.д.). Мультикомпонентный превентивный подход является наиболее перспективным, поскольку установлено, что эффективность программ прямо пропорционально связана с количеством включенных в нее компонентов. Цель мультикомпонентных программ получить синэргический эффект при комбинации различных превентивных стратегий.

Примером данного подхода могут 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.

Современная модель профилактики наркомании строится на понимании того, что подрастающее поколение не приспособлено к современным условиям постоянно меняющейся стрессогенной социальной действительности, что взрослые люди, не имея определенных знаний и навыков, не в состоянии обучить детей тем поведенческим моделям, которые понадобятся в жизни. Поэтому населением часто выбираются саморазрушающие пути совладания со стрессом – употребление алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ. В связи с этим наиболее эффективным способом профилактической активности является путь формирования стрессоустойчивого жизненного стиля.

К базовым понятиям концептуальной модели профилактики относятся:

1. Понятие превентивного пространства.
2. Понятие преодолевающего поведения.
3. Понятие реабилитационного пространства.

Понятие превентивного пространства включает в себя понимание того, что первичная, вторичная и третичная профилактики наркомании являются компонентами единой профилактической цепи и не могут рассматриваться изолированно друг от друга. На практике разделение контингентов здоровых, групп риска и злоупотребляющих наркотиками достаточно условно. Профилактика употребления психоактивных веществ не может рассматриваться изолированно от профилактики других нарушенных форм поведения, так как наркотизация является лишь одним из проявлений единого комплекса психосоциальной дезадаптации, представляющего собой широкий спектр поведения риска. В связи с этим профилактика должна предусматривать прежде всего систему развития здоровых, адаптивных форм поведения, направленных на решение возрастных психологических и социальных задач. В основе профилактики должно лежать не пресечение основных направлений развития ребенка и подростка, а изменение его поведения на более эффективную форму, выработка здорового поведенческого и жизненного стиля.

Понятие преодолевающего поведения включает в себя понимание того, что поведение человека, его жизненный стиль являются результатом формирующего

взаимодействия ресурсов личности и социальной среды, с требованиями которой личность пытается справиться. В связи с этим профилактика, ставящая целью развитие здоровых социально адаптивных и эффективных форм поведения, должна быть направлена на развитие личностных ресурсов, поведенческих стратегий и социально-поддерживающих сетей.

Понятие реабилитационного пространства означает территориальную систему ведомств, служб, общественных инициатив, осуществляющих во взаимодействии с населением поиск тех, кому необходима помощь, профилактическую и реабилитационную активность среди несовершеннолетних.

В данной концептуальной модели, наркомании рассматриваются как формы псевдоадаптивного, совладающего поведения, использующие в качестве основного психологического механизма избегание жизненных проблем, уход от реальности, при наличии извращенной патологической мотивации поиска и употребления наркотиков.

Профилактические программы для детей и подростков школьного возраста

При проведении этих программ необходимо создание условий открытого доверительного общения и творческой атмосферы работы, основная цель которой — формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих употреблению наркотиков.

Данные программы должны включать в себя информацию о наркотиках и других психоактивных веществах:

- о действии психоактивных веществ на организм, о причинах и последствиях их употребления, формах заболеваний, связанных с ними, путях к выздоровлению;
- о связи употребления наркотиков и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, социальными сетями, стрессом и путями совладания с ним.

Информация о психоактивных веществах не должна подаваться в лекционной форме. Она вплетается в структуру тренинговой программы на том этапе, когда уже реализованы три наиболее важные ключевые направления.

К ним относятся:

- 1) осознание собственных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения;
- 2) развитие этих ресурсов ;
- 3) развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению психоактивными веществами.

Ребенку необходимо помочь осознать самого себя:

- отношение к себе, своим возможностям и недостаткам;
- собственную систему ценностей, целей и установок;
- способность или неспособность делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение, решать простые и сложные жизненные проблемы;
- умение оценивать жизненные ситуации и свои возможности их контролировать;
- умение общаться с окружающими, понимать их поведение, сопереживать, принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку.

В ходе программы необходимо формировать и развивать у следующие ресурсы личности:

- позитивное отношение к себе и в то же время умение критически себя оценивать;
- позитивное отношение к возможностям своего изменения и развития, к вероятности совершения ошибок, но и возможности исправления их;
- умение адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать проблемы, управлять собой и изменять себя, ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их, контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;
- умение анализировать собственное состояние и адекватно выражать свои чувства;
- умение сопереживать другим и понимать мотивы и перспективы их поведения;
- принимать психологическую и социальную поддержку и оказывать ее, принимать собственные решения.

В группе, в которой проводится профилактическая работа, очень важно установление доверительных, честных, эмоционально и социально поддерживающих отношений. Занятия с младшими подростками должны проводиться

преимущественно в игровой форме, но при этом, - содержать в себе элемент серьезной интеллектуальной и психологической работы. В рабочей группе необходимо выработать обязательные правила. Важнейшими из них должны быть умение слушать, оказывать взаимное доверие, проявлять уважение, конфиденциальность, возможность открыто высказывать свое мнение и обозначать свою позицию, принимать на себя ответственность за активность и успешность работы группы. Очень важным компонентом работы является выполнение домашних заданий, которые предназначены, прежде всего, для включения в профилактическую активность членов семьи, друзей. Это способствует улучшению взаимоотношений с представителями социальной среды и позволяет им включаться в программу. Кроме того, выполнение домашних заданий способствует самостоятельному осмыслению опыта, полученного на занятиях и в жизни. Еще одним важным компонентом работы в группе, где проводится профилактическая программа, является использование эффектов группового взаимодействия и развития. Это означает, что процесс занятий в группе представляет собой развивающуюся систему взаимоотношений, получения и осмысления информации и жизненного опыта. Члены группы в процессе ее развития действуют по отношению друг к другу в направлении взаимного понимания и поддержки. Таким образом, происходит развитие наиважнейших качеств личности, способствующих повышению социальной компетентности и эффективному процессу преодоления жизненных стрессов, высокому уровню развития личности, способности воспринимать и оказывать психологическую поддержку, эмпатийных и аффилиативных тенденций, способности искать, находить и получать поддержку от других, самим выбирать себе друзей и лиц, с которыми будет строиться процесс общения, то есть управлять своим поведением, эффективно решать социальные проблемы. Научившись развивать эти качества в себе, члены группы смогут обучить им других, например — друзей, членов семьи и т.д.

Программы профилактической работы с родителями

Целями этих программ является обеспечение родителей знаниями и навыками, способствующими развитию эффективного, развивающего поведения в семье в процессе

взаимодействия с детьми. В результате их проведения становится возможным формирование групп лидеров из родителей, в дальнейшем активно участвующих в профилактической деятельности.

Задачами этих программ являются:

- Дать знания родителям о психологических особенностях ребенка, подростка, эффектах психоактивных веществ, особенностях семейных взаимоотношений, семейных стрессах и поведении, направленном на их преодоление (формирование семейного проблем-преодолевающего поведения).
- Помочь осознать собственные личностные, семейные и социальные ресурсы, способствующие преодолению внутрисемейных проблем и проблем взаимоотношения с детьми в семье.
- Определить направления и стратегии развития личностных, семейных и социально-средовых ресурсов.
- Определить направления и стратегии развития личностных ресурсов у детей. (Прояснить ответы на вопросы: Как взаимодействовать с ребенком, чтобы его личностные и семейные ресурсы развивались, а не подавлялись? Как сделать свою семью социально и психологически поддерживающей, а не подавляющей системой?)
- Обучить навыкам социально и психологически поддерживающего и развивающего поведения в семье и в процессе взаимоотношений с детьми.
- Выявить родителей, нуждающихся в индивидуальной консультативной помощи.
- Выявить родителей, готовых осуществлять консультативную поддержку другим семьям. Обучить их основам оказания консультативной помощи другим родителям.

Программы профилактической работы с учителями

Существенное место в работе с учителями средней школы отводится обучению педагогов установлению психологически грамотной, развивающей системы взаимоотношений со школьниками, основанной на взаимопонимании и взаимном восприятии друг друга. Учителя обучаются навыкам формирования адекватной Я-концепции, эмпатии, аффилиации, разрешения проблем, оказания психологической поддержки в процессе их взаимодействия со школьниками и коллегами. Программы

предусматривают теоретические и практические разделы, которые представляют собой лекции-беседы, обсуждения, ролевые игры и другие психотехнологии, направленные на осознание процессов взаимного психологического развития учителя и ученика.

Литература

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М.:Прогресс., 1986, с.423
2. Бодалев А.А. Личность и общение: Избранные труды.-М: педагогика, 1991.- 36с.
3. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1972.
4. Божович Л. И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1976,№6.
5. Вальдма Э. Девиантное поведение и социофизиологическая домашняя среда подростков.// Психология и архитектура.: Тезисы конф. – Таллин, 1983.-Часть 2.-с.194-197.
6. Волкова Т.В., Яшин Д.П. «Точка опоры». Программа профилактики отклоняющегося поведения, употребления психоактивных веществ, ВИС/СПИДа подростков. М., 2005.
7. Выговская Л.П. Эмпатийные отношения младших школьников, воспитывающихся вне семьи.: Автореф.дисс. ...канд.психол.наук.-Киев, 1991.-20с.
8. Выготский Л.С. Лекции по психологии. Спб.: Союз, 1999.
9. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. М.,1984.
10. Грановская Р.М., Крижанская Ю.С. Творчество и преодоление стереотипов. Спб.,1994.
11. Детская психиатрия. Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. Питер. 2005.
12. Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением. М., 2004.
13. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. - Новосибирск, 1988.- 198с..
14. Исаев Д.Н. Психосоматический (целостный) подход к анализу нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте.// Теория и практика медицинской психологии и психотерапии.-Спб.: изд-во ин-та им. В.М. Бехтерева, 1994.-с.70-76.
15. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 368с.
16. Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. -255 с.

17. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития.// Обозр.психиатр. и мед.психол.-1991.-№1.-с.8-15.
18. Куфтяк Е.В. Совладающее поведение в семье, регулярно применяющей физические наказания. Автореф. дисс. на соискан. учен. степ. канд. психол. наук. СПб, 2003.
19. Леонтьев А.Н. Избр. Психол. Произв. В 2 т., М., 1983.
20. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков.// Саморазрушающее поведение./Сб. науч.тр. ин-та им. В.М. Бехтерева.-Л., 1991.-с.9-15.
21. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.,1979.
22. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.,1983. С.41 – 45.
23. Личко А.Е. Типы акцентуации характера и психопатий у подростков. М.,1999.
24. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.с.35-36.
25. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков.//Социальная психиатрия: Фундаментальные и прикладные исследования./ Мат.симпоз.-Л., 1990.-с.77-82.
26. Марцинковская Т.Д., Марютина Т.М., Стефаненко Т.Г. Психология развития. М., 2001.
27. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб., 1999.
28. Молодцова Т.Д. Диагностика, предупреждение и преодоление дезадаптации подростков. М.,1999.
29. Москвичева Н.Л. Семья в системе ценностных ориентаций личности студента. Дисс. ...канд.психол.наук. Спб.,2000.
30. Нартова-Бочавер С.К. “Сoping behavior” в системе понятий психологии личности. Психологический журнал. - Том 18, №5. М., 1977. С. 20 – 30.
31. Панфилова М.А. Игротерапия общения. М.,1995.
32. Панфилова М.А. Психолого-педагогические условия коррекции тревожности у старших дошкольников с задержкой психического развития. Дисс. на соискан. учен. степени канд. психол. наук. М., 1999.
33. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969.
34. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. М.,1932.
35. Плюснин Ю.М. Пространственное поведение человека (методы проксемических исследований).- Новосибирск, 1990.-45с.
36. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозр. психиарт. и мед. психол. - 1994. - №1. - С.6 - 13.
37. Психология подростка. Полное руководство. Под ред. А.А. Реана – СПб.: 2003.
38. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология, М. 2002

39. Рубинштейн С. Я. Основы общей психологии. СПб., 2000.
40. Сирота Н. А., В. М. Ялтонский. Профилактика наркоманий и алкоголизма. М., «Академия», 2003, 175 с.
41. Сирота Н.А, Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1994. - №1. - С.63 - 74.
42. Сирота Н.А, Ялтонский В.М., Лыкова Н.М. Исследование базисных копинг-стратегий подростков 11 – 12 лет из неблагополучной и благополучной среды. М., 2002.
43. Сирота Н.А. и соавт. Наркомания: программа профилактики среди детей, подростков и молодежи // НИИ наркологии МЗ РФ. М., 1998. - 81с.
44. Сирота Н.А. и соавт. Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике. М., «Генезис», 2001, - 215с.
45. Сирота Н.А. Клинико-психологические особенности гашишной наркомании в подростковом возрасте. Автороф. дисс. на соиск. учен. степ. канд.мед. наук., М. 1990.
46. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте. Дисс. на соиск. учен. степ. доктора мед. наук. СПб, 1994.
47. Сирота Н.А. Ранняя диагностика и профилактика наркоманий в подростковом возрасте. Фрунзе, 1988.
48. Сирота Н.А., Симонова Е.М. Некоторые результаты апробации концептуальной программы профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков. М., 2001.
49. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ // Вопросы наркологии, - Вопросы наркологии. - 1996. - № 4 . - С.59 - 67.
50. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Волкова Т.В. Мотивационное консультирование детей и подростков группы риска в отношении употребления психоактивных веществ. Учебно-методич. пособие. М., 2004.
51. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Петунс О.В. Формирование базисных адаптационных поведенческих стратегий у детей младшего школьного возраста в процессе реализации профилактической программы // Вопросы наркологии. – М., 2004. - №1.
52. Сирота Н.А., Ялтонский В.М.. Наркотики: проблемы и их решение. М., УМК «Психология», 2000, - 70с.
53. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.,1989.женщин, занимающихся проституцией//Психологический журнал.т.21,№5,2000.с.70-81.
54. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных невротами в процессе психотерапии// Медико-

- психологические аспекты охраны психического здоровья.-Томск,1990.-с.60-61.
55. Ташлыков В.А. Общие факторы психотерапии//Интегративные аспекты современной психотерапии.-Спб.:изд.инст.им В.М.Бехтерева, 1992.-с.13-19.
 56. Тер-Багдасарян Л.П. Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии (в связи с задачами оценки ее эффективности и прогноза): дисс. ... канд.мед.наук.-Л., 1990.
 57. Тхостов А. Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.- 287с.
 58. Тхостов А.Ш. Интерпретация в структуре внутренней картины болезни: Автореф.дисс. ... д-ра психол.наук.-М., 1991.-36с.
 59. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности. М. Воронеж, 1996.
 60. Хазова С.А. Совладающее поведение одаренных старшеклассников. Автореф. дисс. на соисканию учен. степ. канд. психол. наук, Кострома 2002.
 61. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи. – 3-е изд. – СПб.: Птер, 2001. – 656с.
 62. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии, 1971, №4.
 63. Эльконин Д.Б. Психология игры. М., 1978а.
 64. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1999.
 65. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.
 66. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии, Питер, 2000.
 67. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией. Дисс. на соиск. учен. степ. доктора мед. наук. СПб, 1995.
 68. Ялтонский В.М. Медико-психологические характеристики формирования гашишной наркоманической зависимости у подростков. . Автороф. дисс. на соиск. учен. степ. канд.мед. наук., Л. 1991.
 69. Altman I. Research on environment and behavior: a personal statement of strategy.//D.Stokols (ed.) Perspectives on Environment and Behavior.-Plenum Press.- 1977 – N4.
 70. Bandura A. and Walters F. Adolescent Aggression.1959. New York: Ronald Publishing.
 71. Bandura A. Self-Efficacy Theory. The Exercise of Control. – N.-Y. – 2000.
 72. Bandura A. Social Learning Theory. – Englewood Cliffs, N.J. Prentice – Hall. – 1977. – P. 1-66.
 73. Botvin G. Adolescent Drug Abuse Prevention: Current Findings and Future Directions // Hartel C.R., Glantz M.D. (Eds.) Drug Abuse: Origins and Interventions. – Washington, 1999.
 74. Cobb S. Social support as a moderator of life stress.// Psychosomatic. Medicine.- 1976.-v.38.-P.300-314.

75. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis //Psychological Bulletin. – 1985. –N.98. – P.310 – 357.
76. Eisenberg N., Miller P.A. The relation of empathy to prosocial and verbal behaviors.//Psychol.Bulletin.- 1987.-v.101.-N 1.-P.91-119.
77. Folkman S., Moskowitz J. COPING: Pitfalls and Promise // Annual Review of Psychology. 2003. V.55, pp. 754-774.
78. Jessor R. Risk Behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action.//J. of Adolescent health.-1991.-v.12.-P.597-605.
79. Kalliopuska M. Study on the empathy and prosocial behavior of children in three daycare centres.//Psychol.Reports.-1991.-v.68.-P.375-378.
80. Lazarus R.S. The Stress and Coping Paradigm // Bond L.A., Rosen J.C. (Eds.). Competence and Coping during Adulthood. – Hanover, 1980.