

Тема 3. Социально-психологическое воздействие на девиантное поведение

1 Профилактика отклоняющегося поведения

2 Психологическая интервенция отклоняющегося поведения личности

3 Стратегии социально-психологического вмешательства при различных формах отклоняющегося поведения

1 Профилактика отклоняющегося поведения

Профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом. Условиями успешной профилактической работы считают ее комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Последнее условие особенно важно в работе с активно формирующейся личностью, например с подростками. ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) предлагает выделять первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика может широко проводиться среди подростков.

Задача вторичной профилактики – раннее выявление и реабилитация нервно-психических нарушений и работа с «группой риска», например подростками, имеющими выраженную склонность к формированию отклоняющегося поведения без проявления такового в настоящее время.

Третичная профилактика решает такие специальные задачи, как лечение нервно-психических расстройств, сопровождающихся нарушениями поведения. Третичная профилактика также может быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением.

Психопрофилактическая работа может входить в комплекс мероприятий всех трех уровней. Считается, что она наиболее эффективна в форме воздействия на условия и причины, вызывающие девиантное поведение, на ранних этапах появления проблем.

Существуют различные формы психопрофилактической работы.

Первая форма – *организация социальной среды*. В ее основе лежат представления о детерминирующем влиянии окружающей среды на формирование девиаций. Воздействуя на социальные факторы можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например через создание негативного общественного мнения по отношению к отклоняющемуся поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа (школа, класс) или конкретная личность.

В рамках данной модели профилактика зависимого поведения у подростков включает, прежде всего, социальную рекламу по формированию

установок на здоровый образ жизни и трезвость. Особое значение имеет политика средств массовой информации.

Работа с молодежной субкультурой может быть организована в форме движения «Молодежь против наркотиков» или одноименной акции с выступлением популярных рок-групп. Чрезвычайно важна работа в местах, где молодежь проводит свой досуг и общается. Например, на дискотеке могут появиться загадочные люди в масках. В конце вечера подростки могут узнать от них о трагических судьбах и переживаниях, связанных с потерей близкого человека от наркотиков.

Работа с подростками может быть организована также на улице, для чего в ряде стран существует подготовка подростков-лидеров, проводящих соответствующую работу.

В рамках данного подхода также предпринимаются попытки создания поддерживающих «зон» и условий, несовместимых с нежелательным поведением. Основным недостатком модели считается отсутствие прямой зависимости между социальными факторами и отклоняющимся поведением. В целом данный подход выглядит достаточно эффективным.

Вторая форма психопрофилактической работы – *информирование*. Это наиболее привычное для нас направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения ее способности к принятию конструктивных решений. Для этого обычно широко используется информация, подтвержденная статистическими данными, например о пагубном влиянии наркотиков на здоровье и личность. Нередко информация имеет запугивающий характер. При этом перечисляются негативные последствия употребления наркотиков или описываются драматические судьбы девиантов, их личностная деградация.

Метод действительно увеличивает знания, но плохо влияет на изменение поведения. Само по себе информирование не снижает уровень девиаций. В некоторых же случаях, напротив, раннее знакомство с девиациями стимулирует усиление интереса к ним. Запугивание также может вызывать когнитивно-эмоциональный диссонанс, мотивирующий к данному виду поведения.

В ряде случаев информация дается несвоевременно: слишком поздно или слишком рано. Например, опыт работы с подростками специалистов-психологов подсказывает, что беседы по предупреждению наркозависимого поведения должны проводиться не позднее 14 лет. Они не должны содержать подробного описания наркотиков и эффектов, ими производимых. Такие беседы целесообразно направлять на обсуждение последствий девиантного поведения и способов воздержания от него, на выработку активной личностной позиции.

Перспективному развитию данного подхода может способствовать отказ от преобладания запугивающей информации, а также дифференциация информации по полу, возрасту, социально-экономическим характеристикам.

Третья форма психопрофилактической работы - *активное социальное обучение социально-важным навыкам*. Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов. В настоящее время распространены следующие формы.

Тренинг резистентности (устойчивости) к негативному социальному влиянию. В ходе тренинга изменяются установки на девиантное поведение, формируются навыки распознавания рекламных стратегий, развивается способность говорить «нет» в случае давления сверстников, дается информация о возможном негативном влиянии родителей и других взрослых (например, употребляющих алкоголь) и т.д.

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

Тренинг формирования жизненных навыков. Под жизненными навыками понимают наиболее важные социальные умения личности. Прежде всего это умение общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты в межличностных отношениях. Также это способность принимать на себя ответственность, ставить цели, отстаивать свою позицию и интересы. Наконец, жизненно важными являются навыки самоконтроля, уверенного поведения, изменения себя и окружающей ситуации.

В работе с подростками данная модель представляется одной из наиболее перспективных.

Четвертая форма - *организация деятельности, альтернативной девиантному поведению*. Эта форма работы связана с представлениями о замещающем эффекте девиантного поведения. Например, аддикция может играть важную роль в личностной динамике – повышение самооценки или интеграция в референтную среду. Предполагается, что люди используют психоактивные вещества, улучшающие настроение, до тех пор, пока не получат взамен что-то лучшее. Альтернативными формами активности признаны: познание (путешествия), испытание себя (походы в горы, спорт с риском), значимое общение, любовь, творчество, деятельность (в том числе профессиональная, религиозно-духовная благотворительная).

Эта форма реализуется практически во всех программах оказания помощи в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения. В семейном воспитании ведущими профилактическими задачами выступают раннее воспитание устойчивых интересов, развитие способности любить и быть любимым, формирование умения себя занять и трудиться. Родители должны понимать, что они формируют потребности личности через вовлечение ребенка в различные виды активности - спорт, искусство, познание. Если к подростковому возрасту позитивные потребности не

сформированы, личность оказывается уязвимой в отношении негативных потребностей и занятий.

Пятая форма - *организация здорового образа жизни*. Она исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Умение человека достигать оптимального состояния и успешно противостоять неблагоприятным факторам среды считается особенно ценным. Здоровый стиль жизни предполагает здоровое питание, регулярные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, общение с природой, исключение излишеств. Такой стиль основан на экологическом мышлении и существенно зависит от уровня развития общества.

Шестая форма - *активизация личностных ресурсов*. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арттерапия - все это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Седьмая форма - *минимизация негативных последствий девиантного поведения*. Данная форма работы используется в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий. Например, наркозависимые подростки могут получать своевременную медицинскую помощь, а также необходимые знания по сопутствующим заболеваниям и их лечению.

В различных видах психопрофилактической работы могут использоваться схожие формы и методы. По способу организации работы выделяют следующие формы психопрофилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения отклоняющегося поведения используются различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов психопрофилактической работы: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

В зависимости от используемых методов психопрофилактическая работа может осуществляться в форме тренингов, образовательных программ (например, школьного спецкурса), психологического консультирования, кризисной помощи (телефон доверия), а также психотерапии пограничных состояний и нервно-психических расстройств.

В соответствии со спецификой девиантного поведения можно выделить следующие принципы психопрофилактической работы:

- комплексность (организация воздействия на различных уровнях социального пространства, семьи и личности);
- адресность (учет возрастных, половых и социальных характеристик);
- массовость (приоритет групповых форм работы);
- позитивность информации;
- минимизация негативных последствий;

- личная заинтересованность и ответственность участников;
- максимальная активность личности;
- устремленность в будущее (оценка последствий поведения, актуализация позитивных ценностей и целей, планирование будущего без девиантного поведения).

2 Психологическая интервенция отклоняющегося поведения личности

Интервенция отклоняющегося поведения личности является еще одним направлением социально-психологического воздействия. Психологическая интервенция – это психологическое вмешательство в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений. Цель интервенции девиантного поведения личности состоит в ослаблении или устранении тех форм ее поведения, которые препятствуют социальной адаптации.

Отличительной особенностью психологической интервенции в целом является желание изменений со стороны самой личности, ее готовность к сотрудничеству с психологом. В случае отклоняющегося поведения несовершеннолетних инициатива и согласие должны исходить от законных представителей интересов ребенка.

Основная трудность работы с отклоняющимся поведением личности состоит в том, что, как правило, на первых этапах социально-психологической помощи человек сопротивляется изменениям, несмотря на выраженные негативные последствия своего поведения. В таких случаях основанием для вмешательства может быть степень вреда, причиняемого девиацией, или уровень социальной дезадаптации личности. Например, причиной обращения за помощью наркозависимого человека часто являются либо серьезные проблемы со здоровьем, либо достижение им ситуации «социального дна». Заболевания, сопровождающие употребление наркотиков, хорошо известны - гепатит, ВИЧ-инфекция, психические расстройства. Социальная деградация, в свою очередь, выражается в криминализации, утрате трудоспособности, изоляции, потере жилья и семьи.

Таким образом, ведущие задачи психологического вмешательства при девиантном поведении можно сформулировать следующим образом:

- формирование мотивации на социальную адаптацию или выздоровление;
- стимулирование личностных изменений;
- коррекция конкретных форм отклоняющегося поведения;
- создание благоприятных социально-психологических условий для личностных изменений или выздоровления.

Эффективность работы оценивается как по объективным признакам уменьшения нежелательного поведения (например, случаев употребления наркотиков), так и по субъективным изменениям (например, усилению желания вести трезвый образ жизни). Одним из наиболее важных критериев

позитивных изменений выступает повышение уровня социальной адаптации личности.

В случае психологической интервенции отклоняющегося поведения используются все известные методы психологического воздействия, часто те же, что и в психопрофилактической работе. Ведущими методами психологической интервенции являются психотерапия, психологическое консультирование, психологический тренинг, организация терапевтической или саногенной среды.

Наиболее популярной формой психологической работы с личностью является *консультирование в сочетании с психотерапией*. Границы между двумя выделенными формами помощи в случае девиантного поведения практически трудно различимы. Термин «консультирование» более приемлем для работы со здоровыми людьми. Учитывая сложный характер поведенческих девиаций, их склонность переходить в болезненные расстройства, далее, говоря о психотерапии или консультировании, мы будем иметь в виду именно их гармоничное сочетание.

При отсутствии единой теории личности существуют различные концепции и формы консультирования (психотерапии). Наибольшее развитие и признание получили три ведущих направления: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое. Эти исторические модели дали жизнь сотням модификаций, в связи с чем появились и различные классификации.

В зависимости от целей интервенции выделяют три вида психотерапии:

- поддерживающая психотерапия - обеспечивает поддержку имеющихся защитных сил и выработку новых более эффективных способов поведения;
- переучивающая психотерапия - стремится к изменению поведения;
- личностно-реконструктивная - нацелена на внутриличностные изменения через осознание интрапсихических конфликтов.

В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптомо-центрированные, личностно-центрированные и социоцентрированные. Психотерапия может быть реализована в различных формах, например: групповая, семейная или индивидуальная, длительная или краткосрочная, директивная или недирективная, ориентированная на решение проблемы или личностные изменения. На практике чаще используются комбинированные методы. Кроме того, существует множество модификаций основных психотерапевтических методов. Например, в Психотерапевтической энциклопедии под редакцией Б. Д. Карвасарского описывается около ста психотерапевтических методик, реальное их количество - еще больше. Многие авторы в то же время отмечают приблизительно равную эффективность различных видов психотерапии, подчеркивая ведущее значение личности специалиста.

3 Стратегии социально-психологического вмешательства при различных формах отклоняющегося поведения.

Различные формы девиантного поведения требуют внесения некоторых корректив в использование основных психологических методов. С известной долей условности можно наметить некоторые общие стратегии социально-психологического вмешательства в отношении основных видов отклоняющегося поведения.

Аддиктивное поведение. Особенности вмешательства в аутодеструктивное поведение зависят от вида аддикции и степени зависимости.

Оценивая опыт различных стран, Е. Змановская выделяет три глобальные социальные стратегии воздействия на личность с зависимым поведением:

- репрессивная политика (борьбы общества с отдельными его членами);
- политика минимизации риска (снижения вреда) – прагматический подход;
- политика ресоциализации (социально-психологической реабилитации).

Сущность репрессивной политики состоит в жестком подходе. Например, наркотики запрещаются государством, а все действия, связанные с ними, преследуются по закону. Так, в США за хранение героина или кокаина сажают в тюрьму на срок от 5 до 40 лет. В Китае или Сингапуре за подобные действия наказывают смертью. Аналогичная жесткая социальная политика по отношению к наркотикам действует в большинстве стран. В некоторых государствах запрещается алкоголь вплоть до введения «сухого закона». Вводя карательные меры, государство рассчитывает контролировать уровень употребления психоактивных веществ. Однако алкоголизм и наркомания сохраняются, а потребители кроме одной проблемы - химической зависимости - автоматически приобретают вторую – делинквентность, поскольку употребление означает преступление. Кроме того, для мафии выгоден всеобщий запрет на наркотики, поскольку он стимулирует интерес к ним и рост цен на нелегальную наркопродукцию.

Либеральная политика снижения вреда менее распространена. Концепция снижения вреда исходит из того, что наркотики употреблялись, употребляются и будут употребляться, а потребители наркотиков - часть общества, даже если общество и не хочет об этом знать. Эта концепция становится все более популярной в мире, а в Нидерландах и Австралии реализуется официально. В основе лежит вера в то, что после определенного периода времени, чаще всего около 10 лет употребления, у человека появляется желание либо прекратить употребление, либо стабилизировать и контролировать его. С другой стороны, констатируется факт, что определенная часть людей никогда не бросит наркотики.

История движения снижения вреда берет свое начало в середине 80-х гг. нашего времени и неразрывно связана с началом эпохи эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Медицинским профессионалам стало ясно, что если не принять каких-либо экстренных профилактических мер, остановить стремительное развитие эпидемии среди

потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) будет невозможно. Так зародилась новая модель программ воздействия в области общественного здравоохранения - программы обмена шприцев. Затем она была дополнена такими направлениями, как обучение безопасным способам употребления наркотиков, информирование о заболеваниях, сопутствующих употреблению, распространение презервативов и обучение способам безопасного секса.

Таким образом, главная политическая цель самодеятельных организаций – это декриминализация и нормализация употребления наркотиков. Это означает, что в дополнение к стратегиям разработки адекватных и доступных программ по борьбе с потреблением наркотиков должны быть выработаны стратегии, направленные против нынешней политики криминализации наркозависимых. Репрессивная политика к потреблению наркотиков считается ответственной за возникновение того явления, которое называется «проблемой наркотиков».

В начале 90-х гг., после разрушения железного занавеса, проблема эпидемии наркомании и ВИЧ-инфекции стала актуальной и для стран Восточной Европы и России и Белоруссии. Вспышка ВИЧ-инфекции разразилась на территории Украины, в некоторых городах России. Сейчас в этих городах началась работа профилактических программ по снижению вреда, но из-за недостатка финансирования эти программы не приобрели должного охвата, носят единичный, а не общенациональный характер и оплачиваются не из национального бюджета, а при поддержке международных организаций и фондов.

На сегодняшний день в нашей стране получили финансирование около 20 программ по снижению вреда, которые включают в себя обмен шприцев и проведение аутрич-работы. Аутрич-работа («вовне») - донесение профилактической информации до закрытых социальных групп (потребителей наркотиков, гомосексуалов, проституток) в местах, привычных для них.

Цели аутрич-работы:

- информирование о риске распространения ВИЧ, вирусных гепатитах, венерических заболеваниях среди ПИН (потребителей инъекционных наркотиков);
- снижение уровня повторного использования инъекционного инструментария;
- информация о рисках, связанных с употреблением наркотиков (закон, оказание первой помощи в опасных случаях);
- влияние на изменение рискованного поведения, связанного с приемом наркотиков и сексом (обучение менее опасным способам употребления наркотиков);
- привлечение ПИН к контактам с медицинскими и социальными службами;
- содействие социальной адаптации и трудоустройству;

- вовлечение активных потребителей в работу по снижению вреда в качестве волонтеров;
- оказание психологической поддержки;
- обратная связь (донесение информации о проблемах ПИН до медицинских работников, а также специалистов, от которых зависят государственные решения).

Программы снижения вреда не получили признания на правительственном уровне, и их работа зачастую затруднена из-за отсутствия законодательной базы и федеральной финансовой поддержки. Также не известно о существовании на территории нашей страны групп потребителей наркотиков, готовых отстаивать свои гражданские права.

При существующем отношении общества к потребителям наркотиков процесс изменения поведения для них становится очень сложным. Разорвать порочный круг в одиночку очень сложно. Общество пока мало помогает человеку, попавшему под власть химической зависимости. Реально наркозависимому помогают специалисты. Они оказывают помощь, понимая и поддерживая людей в их стремлении к позитивным изменениям. Специалисты оказывают помощь обычно в рамках социально-психологической реабилитации.

3. Политика ресоциализации (социально-психологической реабилитации) предполагает комплексную программу по восстановлению жизненных функций индивида, дезадаптированного вследствие зависимого поведения. Реабилитационная программа включает мероприятия на нескольких уровнях: правовая защита и социальная поддержка (включение в социальную группу, юридическая защита, трудоустройство, решение жилищной проблемы); психологическая реабилитация (психологическая поддержка ремиссии, расширение личностных ресурсов); медицинская помощь (снятие абстинентного синдрома, противорецидивная терапия, лечение сопутствующих соматических и нервно-психических расстройств).

Психологическая помощь является обязательной во всех случаях. При относительно менее опасных формах (курение, азартные игры, пищевая зависимость) или начальных стадиях зависимости широко применяются различные виды консультирования и психотерапии. Особенно хорошо зарекомендовали себя когнитивно-поведенческая индивидуальная (краткосрочная) и личностно-реконструктивная групповая психотерапии. По сути приближаются к последней занятия в общественных группах и организациях (анонимные алкоголики, анонимные наркоманы, религиозные организации).

Помощь в случае химической зависимости, достигшей уровня системного заболевания (физической зависимости), является наиболее сложной и длительной. В данном случае адекватной будет комплексная реабилитация при ведущей роли медицинского вмешательства на начальных этапах.

В наиболее общем виде можно говорить о следующей схеме комплексной реабилитации алкоголизма и наркомании.

Первоначально проводится консультирование или психотерапия с целью принятия решения о лечении (осознание болезни, ощущение невозможности так дальше жить, повышение готовности лечиться), выбор наиболее адекватной формы лечения. Этап может быть длительным. Нередко зависимые соглашаются на лечение только в ситуации катастрофы: известии о неизлечимом заболевании, угрозе судимости, реальной угрозе жизни со стороны делинквентного окружения, переживании состояния клинической смерти.

После принятия решения о лечении целесообразно проведение детоксикации - освобождения организма от токсических веществ.

На следующем этапе комплексной реабилитации реализуется программа сопровождения ремиссии - поддержания трезвости. Мировой опыт свидетельствует о целесообразности проведения данной работы в течение 12 - 24 мес. Обеспечение ремиссии может включать: медико-психиатрическую помощь, например назначение антидепрессантов; медико-наркологическую, например противорецидивная терапия или «химическая защита» в форме введения препаратов, дающих реакцию на алкоголь, или блокирующих состояние наркотического опьянения.

Психологическая помощь в поддержании ремиссии также может осуществляться в различных направлениях и формах: психологическое консультирование зависимого и членов его семьи; индивидуальная и групповая психотерапия, ориентированная на позитивные личностные изменения, и прежде всего формирование установки на трезвость; специальные линии телефона доверия.

Практика показывает, что эффективность помощи существенно возрастает в условиях специализированных центров. Специалисты называют четыре основных условия успешного лечения зависимости: замена химической зависимости на другую (от человека, группы АА, религиозной организации); адекватное лечение других психиатрических расстройств, включая соответствующие психотропные препараты или психотерапию; поддержка воздержания (например, контроль-тесты, заменители наркотиков, группы самопомощи) в процессе психологического взросления; личностный рост и структуральные изменения с помощью психотерапии.

По мере уменьшения физической зависимости возрастает роль социальной помощи.

В настоящее время социально-психологическая реабилитация признается наиболее адекватной формой оказания помощи зависимым подросткам. Семья должна убедить подростка в необходимости получения социальной помощи. Вместе с подростком или консультантом-психологом семья может выбрать наиболее адекватную для нее и подростка форму социально-психологической реабилитации:

1. Группы самопомощи «Анонимные наркоманы», «Анонимные алкоголики», действующие в соответствии с программой «12 шагов».

Эта форма социально-психологической помощи получила особенно широкое распространение. Главная задача анонимных алкоголиков (наркоманов) - оставаться трезвыми и помогать другим достигать трезвости.

Вот «ступени» духовного возрождения, по которым они последовательно идут к трезвости.

Мы признали свое бессилие перед алкоголем: мы потеряли контроль над своей жизнью.

Мы поняли и поверили, что только сила, превышающая нас самих, может вернуть нас к благоразумию.

Мы решили отдать свою волю и жизнь в руки Бога, как мы понимаем его.

Мы произвели глубокое и смелое исследование своего поведения.

Мы сознались в порочности перед Богом, перед собою и перед другим человеком в своих худых делах.

Мы полностью готовы к тому, чтобы Бог помог освободить нас от недостатков в нашем характере.

Мы смиренно попросили его помочь освободить нас от худых дел.

Мы написали имена всех лиц, которым мы сделали вред, и приготовились возместить им всем причиненные потери или обиды.

Мы возместили потери всем этим лицам, где только возможно, кроме тех случаев, когда такое возмещение принесло бы вред им или другим людям.

Мы продолжали наблюдать за своим поведением и когда делали худые дела, то немедленно признавались в этом.

С помощью молитвы и размышления мы старались углубить свой контакт с Богом, как мы его понимаем, молясь лишь о понимании Его воли и силы, чтобы исполнить ее.

Добившись духовного пробуждения в результате прохождения этих шагов мы старались делиться этим опытом с другими больными и применять эти принципы во всех наших делах.

При поддержке группы участники программы имеют возможность осознать каждый шаг и пройти его в индивидуальном темпе. Кроме такого эмоционального, близкого к религиозному, воздействия, в практике работы АА широко используются прямые советы, рекомендации, усложняющиеся по мере увеличения продолжительности участия больных в работе общества. Например, на первых порах эти советы направлены на прекращение пьянства или предупреждение срыва: «Не допускай первой выпивки». Программа дает реальный шанс человеку, ставшему жертвой своей зависимости и желающему от нее избавиться. Недостаток этой программы - жизнь в привычной среде.

2. Центры социально-психологической реабилитации, в которых наряду со специалистами работают бывшие наркозависимые. Центры работают по различным программам: Миннесотская модель, Дейтоп Интернейшенл, духовное возрождение, «шоковая терапия», модель саморегуляции. (Недостаток - краткосрочность пребывания, до 2 месяцев, с последующим возвращением в прежнюю среду, но с периодическим посещением групп поддержки.) Трудовые коммуны и лагеря с длительным проживанием.

(Недостаток – достаточно жесткие условия жизни, а следовательно, и большой процент уходов из коммуны.) Овоцерковление – обращение в веру, служение церкви, поселение в монастыре на ограниченный или длительный срок. (Ограничение - личное непринятие веры.) Семья не только должна выбрать форму реабилитации, но и получить на месте исчерпывающую информацию о целях реабилитации и используемых методах. Независимо от того, остается подросток в семье или помещается в реабилитационный центр, члены семьи параллельно должны получать помощь.

С этой целью проводится психологическая работа с родителями в следующих формах: периодическое консультирование семьи (родителей) зависимого подростка специалистами (наркологами, семейными психологами, психотерапевтами); организация и проведение групповой тренинговой работы с родителями (например, «Тренинг родительской успешности», «Тренинг эффективного взаимодействия с зависимым подростком»); организация групп самопомощи (например, «Матери против наркотиков»).

В работе с подростками с начальными проявлениями аддиктивного поведения хорошо зарекомендовала себя групповая психотерапия (когнитивно-поведенческой ориентации) и тренинговая работа, решающая одновременно профилактические и коррекционные задачи.

Некоторые виды аддиктивного поведения требуют преимущественно психотерапевтического вмешательства в сочетании со специальной медицинской помощью. Это, например, пищевые нарушения или сексуальные аддикции.

В целом успешность психолого-социальной помощи личности с зависимым поведением определяется преимущественно степенью ее готовности к сотрудничеству. Поэтому в самом начале совместной работы специалист должен уделить особое время и внимание достижению контакта или рабочего альянса. Эта задача может быть реализована уже при первой встрече, но чаще требуется гораздо больше времени, особенно в случае химической зависимости с выраженными личностными изменениями.

Для достижения контакта используются различные приемы. Прежде всего это эмпатическое слушание, принятие и поддержка клиента. Также эффективны: проговаривание чувств клиента; формулирование мотивации обращения; выяснение ожиданий и опасений клиента по поводу психологического вмешательства.

Суицидальное поведение. Профилактика суицидального поведения может решать различные задачи: контроль и ограничение доступа к различным средствам аутоагрессии, контроль факторов и групп риска, оказание медико-психологической помощи конкретной личности. Психологическая превенция суицида (предотвращение суицидального поведения) осуществляется преимущественно в форме обучения распознаванию суицидальных проявлений и оказанию своевременной помощи близким людям.

Психологическую помощь человеку с уже сформированным суицидальным поведением принято называть кризисной интервенцией.

Ведущим методом в этом случае выступает кризисное консультирование, а его целью - удержание человека в живых.

Согласно результатам исследований Всесоюзного научно-методического суицидологического центра, покушения на самоубийство совершаются: здоровыми людьми; лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами; страдающими психическими заболеваниями.

Для первых двух групп прежде всего предназначена телефонная служба медико-психологической помощи – Телефон экстренной психологической помощи (Телефон доверия). Кризисное консультирование также осуществляется в условиях специализированных центров и кабинетов. Для страдающих психическими заболеваниями имеются суицидологические кабинеты при психоневрологических диспансерах и специализированные отделения психиатрических больниц.

Особенно актуальна психологическая помощь людям с острыми суицидальными реакциями, подавляющее большинство которых является практически здоровыми людьми. Суицидоопасные реакции проявляются на нескольких уровнях личностного функционирования. В аффективной сфере это интенсивные отрицательные эмоции (тревога, одиночество, отчаяние, тоска, обида). В когнитивной области возникает неадаптивная концепция ситуации с пессимистической оценкой настоящего и будущего, с искаженным восприятием времени. Нарушения личностной идентификации затрагивают самооценку, снижают способность принимать решения, нарушают уверенность в переносимости аффективного напряжения. Поведение часто бывает импульсивным, непродуктивным. Считается, что период острых суицидальных реакций в среднем длится около месяца.

Главная цель неотложной помощи – предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство. Для этого человеку требуется помощь в овладении ситуацией, а также коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. В большинстве случаев имеет место ситуация, когда семейные, профессиональные или социальные ценности обладают большей значимостью, чем собственная жизнь. Наблюдается стойкая фиксация на психотравмирующих событиях.

Шаги неотложной помощи - кризисной интервенции.

Решающее значение имеет первый шаг- беседа (1,5–2 ч). Первая важная задача – установление контакта и достижение доверия. Для этого необходимо убеждать клиента в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для вас?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание».

На данной стадии также необходимо провести оценку обстоятельств и степени угрозы суицида.

Угроза суицида «1» - у обратившегося были суицидальные мысли, но он не знает, как и когда он их осуществит («Я больше так не могу...»; «Лучше бы я умер...»).

Угроза суицида «2» - у обратившегося есть суицидальные мысли и план, но он говорит, что не собирается покончить жизнь немедленно («У меня уже есть таблетки снотворного, и если ничего не изменится к лучшему...»).

Угроза суицида «3» - обратившийся либо собирается тут же покончить с собой (нож или таблетки лежат рядом, если он звонит по телефону), либо в процессе разговора, либо сразу после него.

В последнем случае (если угроза реальна и решение принято) беседа может быть направлена на достижение решения об отсрочке его выполнения.

В первых двух случаях целесообразно и возможно реализовать второй шаг – интеллектуальное овладение ситуацией. С помощью специальных вопросов и утверждений необходимо преодолеть чувство исключительности ситуации: «Такие ситуации встречаются нередко». Также с помощью включения актуальной ситуации в контекст жизненного пути следует снять ощущение ее внезапности и непреодолимости. Уменьшить остроту переживания можно с помощью подчеркивания, что есть время на обдумывание, или концентрации на предыдущих достижениях и успехах. На данном этапе беседы также используются такие приемы, как повторение содержания высказывания, отражение и разделение эмоций, вербализация суицидальных переживаний, поиск источников эмоций («Что именно вас так беспокоит?»).

Третий шаг – заключение контракта – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации и наиболее приемлемых для пациента. Например, при необратимых утратах возможен поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент смог бы сформировать новые значимые отношения. На этом этапе важно препятствовать уходу пациента от сути кризиса и от поиска позитивных альтернатив (прием «фокусирования на ситуации»). Основные приемы: интерпретация (гипотезы о возможных способах разрешения ситуации); побуждение к планированию и оформление ясного конкретного плана; удержание паузы («одобряющее молчание») с целью стимулирования инициативы пациента и предоставления необходимого времени для проработки.

Четвертый шаг - активная психологическая поддержка и повышение уверенности в своих силах. Ведущие приемы на этом этапе: логическая аргументация, убеждение, рациональное внушение, актуализация личностных ресурсов. На завершающем этапе кризисной работы следует также обсудить то, каким образом Преодоление данной психотравмирующей ситуации будет полезным для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Таким образом, ведущая задача кризисной интервенции - коррекция суицидальных установок человека. Результатом работы должны стать следующие убеждения клиента:

–тяжелое эмоциональное состояние временно и улучшится в ходе терапии;

–другие люди в аналогичных состояниях чувствовали себя также тяжело, а затем их состояние полностью нормализовалось-

–жизнь обратившегося нужна его родным, близким, друзьям а его уход из жизни станет для них тяжелой травмой.

В крайнем случае, можно попытаться убедить суицидента в том, что каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение этого важнейшего вопроса лучше отложить на несколько дней или недель, чтобы спокойно его обдумать. В целом эффективность работы с суицидальным поведением зависит от точности выявления суицидального риска и мотивации суицидальных намерений.

Помимо оказания кризисной помощи, целесообразна дальнейшая работа, ориентированная на более глубокие личностные изменения - поственция и вторичная интервенция. На данном этапе возможно применение различных методов и методик. Хорошо зарекомендовали себя позитивная и когнитивная психотерапия, логотерапия, аксиопсихотерапия, терапия творческим самовыражением, духовная психотерапия.

Работая с людьми, имеющими суицидальные проявления, особенно важно проявлять деликатность и уважать право личности на собственный выбор. Парадоксальность ситуации превенции (предотвращения) суицида заключается в том, что в свете современных гуманистических взглядов любой взрослый человек действительно имеет право распоряжаться своей жизнью по своему усмотрению, но другие люди при этом имеют право помочь ему пересмотреть свое решение.

Рассмотренные стратегии интервенции основных форм отклоняющегося поведения носят обобщенный характер и требуют адаптации к конкретной ситуации и личности.