

Тема 6.2 Роль школы в профилактике антиобщественных явлений

6.2.1 Роль школы в профилактике антиобщественных явлений.

6.2.2 Социальные девиации личности, связанные с ними проблемы воспитания

6.2.3 Алкоголизм, наркомания и токсикомания в среде подростков

6.2.4 Суицид среди подростков, его причины и профилактика

6.2.5 Половое (гендерное) воспитание

6.2.1 Роль школы в профилактике антиобщественных явлений.

Школьная и социальная дезадаптации. Проблемы управления профилактической работой.

Дезадаптированные дети, как правило, изначально бывают плохо подготовлены к школе, негативно относятся к домашним заданиям, выражают безразличие к школьным оценкам и часто прогуливают уроки.

Учебная дезадаптация может иметь следующие стадии:

Стадии дезадаптации	Формы девиантного поведения
Учебная декомпенсация	Неподчинение детей, критика действий взрослых, отрицательное отношение к учёбе. Ношение «вызывающей одежды, причёсок, украшений
Школьная дезадаптация	Нарушение правил поведения в школе, срывы уроков. Прогоулы, отказ от выполнения заданий. Курение. Грубость, сквернословие
Социальная дезадаптация	Хулиганство. Раннее начало половой жизни. Драки, нанесение телесных повреждений. Употребление алкоголя, пьянство. Унижение других. Проба наркотиков, токсикомания. Побег из дома
Криминализация среды	Следование воровским законам. Воровство. Вымогательство, рэкет, шантаж. Употребление наркотиков

Для дифференцированного подхода к работе с детьми «группы риска» следует разделить их на группы, имеющие свои отличия.

В первую группу входят дети, как правило, имеющие проблемы в умственном развитии и соответственно проблемы в обучении, вызванные тем или иным умственным дефектом. К этой же группе также относятся дети-инвалиды и дети, имеющие различные хронические заболевания. Чаще всего с этими детьми в школе работают психологи, логопеды, медицинские работники.

Вторую, самую многочисленную группу составляют дети из так называемых неблагополучных семей. В этих семьях родители (или один из родителей) пьют, употребляют наркотики, занимаются туенядством, проституцией; устраивают на квартире притоны; надолго оставляют детей одних дома без еды; жестоко обращаются с ними.

В третью группу входят дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (как правило это дети тех родителей, в отношении которых рассматривается вопрос о лишении родительских прав; когда родители в бегах, находятся в заключении или психиатрической лечебнице). Дети попадают в эту группу вследствие смерти родителей или лишения, (ограничения) их родительских прав.

Четвёртую группу составляют в основном дети из бедных, многодетных, приёмных, опекунских семей, где факторами риска являются причины экономического, демографического и педагогического характера, а также сложности адаптации детей к новым условиям обучения и проживания.

Пятая группа: Подростки этой группы характеризуются трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, поверхностностью чувств, иждивенчеством, привычкой жить по указке других, сложностями во взаимоотношениях, нарушениями самосознания (от переживания вседозволенности до ущербности), усугублением трудностей в овладении учебным материалом, проявлениями грубого нарушения дисциплины. В отношениях с взрослыми у них проявляются переживание своей ненужности, утрата своей ценности и ценности другого человека

Основные направления системы профилактики:

1. Выявление и включение в зону особого внимания и заботы детей
2. Проведение мониторинга социальной ситуации развития ребёнка, дифференцируя детей по группам возможного риска и стадиям дезадаптивного процесса.
3. Создание программы индивидуальной поддержки и сопровождения ребёнка, попавшего в зону особого внимания с учётом социальной ситуации его развития.

4. Обучение детей навыкам социальной компетентности

5. Поддержка личности и семьи ребёнка в создании нормальных условий взаимодействия с социальным окружением, подготовку подростка к жизни в современном обществе, профессиональное самоопределение и овладении средствами и навыками трудовой деятельности;

Психолого-социально-педагогическая работа с детьми группы риска в условиях школы

Данные проблемы требуют комплексного решения. Поэтому на следующем этапе возникает необходимость разработки программы по их решению. В задачи программы должны входить:

- своевременная профилактика и коррекция отклонений в развитии и поведении детей;
- своевременная диагностика детей группы риска по школьной и социальной дезадаптации;
- своевременное выявление сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей-инвалидов;
- организация психолого-педагогической помощи детям и их родителям;
- внедрение современных технологий в работе с детьми и неблагополучными семьями.

Практические рекомендации:

- своевременно выставлять отметки в журнал и в дневник
- классным руководителям необходимо своевременно информировать родителей об успеваемости и посещаемости учебных занятий детей
- заместителям директора по УВР осуществлять контроль работы учителей предметников со слабоуспевающими уч-ся
- школьной службе сопровождения наладить работу с родителями неуспевающих учащихся
- привлекать к работе с данной категорией учащихся и их родителями специалистов центра медико-психолого-педагогической поддержки
- педагогический коллектив школы должен осуществлять дифференцированный подход в работе с учащимися определённой группы риска

- заместителю директора по ВР необходимо планировать участие учащихся ОУ в районных мероприятиях по пропаганде здорового образа жизни, включать в воспитательный план работу школьного лектория с привлечением специалистов центра поддержки семьи и детства.

6.2.2 Социальные девиации личности, связанные с ними проблемы воспитания

Проблемные аспекты современного воспитания

Девиантное поведение - отклонение от нормы

Типы:

1. девиации, не представляющие значимых проблем для самого субъекта и не приносящие вреда окружающим.
2. девиации, составляющие проблему для самой личности.
3. девиации, способные негативно воздействовать на других людей (преступное поведение).

К девиантному поведению относят:

1. *школьные неврозы* – группа функциональных расстройств нервно-психического плана при отсутствии органических повреждений. Причиной у ребенка может стать состояние напряжения при столкновении с реально или мнимо непреодолимым препятствием на пути достижения удовлетворения чем-либо.

2. *астенический невроз*. Часто развивается у ответственных учеников при неудачах в учебе. Сопровождается потерей аппетита, слабостью, раздражительностью. Часто встречается у старших школьников. Тяжелая форма проявляется состоянием влюбленности.

Все неврозы носят обратимый характер.

Подпороговые явления

1. *шизофрения* – психическая болезнь, сопровождающаяся нарушением мышления и утратой связанного мышления, но сохранением условных рефлексов.

Типы шизофрении:

1. вялотекущая.
2. злокачественная.

Для вялотекущей характерно:

1. подчеркнутый эгоцентризм.
2. повышенная склонность к самоанализу.
3. эмоциональная обедненность.
4. нарушение процессов обобщения.

5. чрезмерное мудрствование.
6. философическая интоксикация мышления.
7. склонность к мистике и фантастике.
8. многочасовые несвязанные беседы.

Поведение шизоидов никогда не выходит за рамки социально опасного.

Для шизоидов характерно:

1. выраженные интроверты.
2. хорошо развито абстрактное мышление.
3. подавленная эмоциональная среда.
4. однонаправленность интересов.
5. слабая реакция на события внешнего мира.

Для циклоидов характерно:

1. экстравертность.
2. лабильность.
3. общительность.
4. не развито абстрактное мышление.
5. частые и быстрые смены настроения.
6. не способны к выполнению рутинной работы.

Клиническая аномалия этих подпороговых явлений – больные маниакально депрессивным психозом. У них периоды бурной деятельности чередуются с тяжелой депрессией. МДП у школьников обычно не диагностируется.

2. Для паранойи характерно:

1. не диагностируется у школьников.
2. активная деятельность в 1 направлении.
3. деятельность без периодов отдыха.

Паранойя может иметь конструктивный характер и в таком случае личность игнорирует окружающий мир, но при деструктивном характере паранойя выражается в форме различного бреда.

3. **эпилепсия** – хроническое заболевание, характеризующееся периодически повторяющимися судорожными припадками. Симптомы легкой формы: засыпание, потеря сознания на короткое время.

Помощь при припадках:

1. удерживать голову, предотвращая физические повреждения.
2. повернуть на бок.
3. вызвать скорую.

Эпилептики:

1. осознают свою болезнь.
2. не помнят происходящее во время приступа.
3. разговорчивы.

Для клинического заболевания – эпилептоидности - характерно:

1. слабая форма интра-экстравертности.
2. приступы неконтролируемой ярости.
3. часто провоцируется алкоголем.

6.2.3 Алкоголизм, наркомания и токсикомания в среде подростков

Приобщению несовершеннолетних к потреблению ПАВ (психоактивных веществ) способствуют несколько факторов:

Биологические факторы:

Выделяется отдельно влияние генетического фактора. Лица, имеющие родственников первой степени родства, зависимых от ПАВ, сами имеют риск стать зависимыми от ПАВ, превышающий таковой риск в общей популяции в 4-6 раз.

Психологические факторы:

Многие исследователи считают, что главная роль в развитии злоупотребления ПАВ принадлежит психологическим и личностным факторам. Во многом, применение психологических факторов, которые обеспечивают специфические психотерапевтические эффекты и воздействуют на разные уровни структуры мозга, дают неплохие результаты при лечении алкоголизма, наркомании и токсикомании. Сегодня во всем мире намечается постепенный отход от применения медикаментозного лечения зависимых состояний к ПАВ. Все больше применения находят различные методы психотерапии и виды психотехник, их сочетания.

Социальные факторы:

Социальными факторами риска развития зависимости от ПАВ являются: алкоголизм отца, матери, или других родственников; отсутствие эмоционального резонанса, сплоченности в семье; конфликтные отношения среди членов семьи; терпимое отношение родителей к употреблению алкоголя детьми, а также к их девиантному поведению.

В этом смысле большое влияние оказывают также и СМИ.

Наркотики сегодня достаточно доступны для приобретения. Можно говорить о реальной незащищенности подрастающего поколения от агрессивной экспансии наркотического соблазна. При этом у большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер от вовлечения в прием наркотических веществ. Начиная принимать наркотики несовершеннолетний находится в своеобразной социально – психологической ситуации. Это мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с наркотизацией.

Приобщение подростков к ПАВ почти всегда происходит с участием их близких друзей. При первом приеме подростки обычно употребляли ПАВ в

компании своих приятелей, реже – сверстников или младших по возрасту. Доступность отдельных наркотиков была различной, но в целом ее можно оценить как высокую. По мнению опрошенных, они могли легко достать препараты конопли (25%), транквилизаторы (13%), ЛСД и "экстази" (10%), кокаин (10%). Наркотики приобретаются в барах, на дискотеках, в широко известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах у наркоторговцев.

Результаты мониторинга показали, что курение и раннее приобщение к потреблению спиртных напитков – это "прелюдия" приобщения к потреблению наркотических веществ. Из зарубежных исследований известно, что последовательность приобщения к ПАВ в целом следующая:

- пиво и вино;
- водка и сигареты;
- конопля и его производные;
- другие запрещенные наркотики.

В то же время в последние годы выявляется рост заболеваемости наиболее тяжелыми формами наркоманий – героиновой, кокаиновой. Растет число потребителей соответствующих "тяжелых" наркотиков, а также других синтетических препаратов – психостимуляторов, галлюциногенов, спайсов и пр. Доля потребителей ранее наиболее широко распространенных самодельных ПАВ растительного происхождения (гашиш, производные опийного мака) быстро уменьшается.

Уголовная ответственность: Декрет Президента № 6 от 28 декабря 2014 г. «О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков»

6.2.4 Суицид среди подростков, его причины и профилактика

Суицид - это умышленное лишение себя жизни.

Суицидальное поведение - всевозможные проявления суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки покушения и т.п. **Типы суицидального поведения:**

Демонстративное суицидальное поведение (или так называемый *парасуицид*) - разыгрывание сцен с изображением попыток самоубийства, безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут.

Аффективное суицидальное поведение - суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты.

Истинное суицидальное поведение — имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой.

Мотивы и причины детско-подростковых суицидов:

стремление обратить внимание родителей, близких, педагогов на **свои** проблемы, и их такой страшный протест мотивировался бездушием, безразличием, цинизмом и жестокостью старших.

Среди побудительных мотивов к совершению суицида нередко выступают такие, как: **невыносимая душевная боль; одиночество; стыд за какой-то совершенный проступок; ощущение безнадежности и беспомощности; нестерпимая обида и недовольство собой (самоуничужение); выражение путем суицида протеста и разрешения всех проблем.**

Факторами, подталкивающими подростка к самоубийству, могут быть: внутрисемейные конфликты, конфликты в школе, несчастная или безответная любовь, материально-бытовые трудности, депрессивное состояние и психическое, генетические факторы, неизлечимые болезни.

Признаки суицидальных намерений у детей и подростков:

эмоционально-психологические изменения, изменения внешнего вида и поведения, изменения оценки действительности и собственной жизни

При подозрении на попытку суицида со стороны подростка необходимо:

Немедленно проинформировать родителей или родственников подростка о возможной беде.

Обеспечить непрерывное наблюдение за подростком как в школе, так и вне ее и в семье.

Осуществить квалифицированную консультацию у психиатра или психотерапевта.

Оказать специализированное лечение (при необходимости) у психотерапевта или в специальном учреждении.

Установить заботливые взаимоотношения с подростком — незамедлительно побеседовать с ним уже в первые минуты или часы после выявления суицидальных намерений, но не в назидательном, а в душевном и доброжелательном тоне.

Временно оградить подростка от стрессогенной ситуации.

Внимательно выслушать и серьезно воспринять любую жалобу подростка.

Прямо спросить о его суицидальных мыслях, намерениях, планах.

Выяснить, что же подросток желает изменить в себе, в окружающих, в той ситуации в которую он попал. Предложить конструктивные подходы к

выходу из положения и вселить в него надежду на возвращение к нормальной жизни.

6.2.5 Половое (гендерное) воспитание

Девиация в гендерной среде.

Существует комплекс проблем, который касается отношений полов. При проведении уроков по половому воспитанию класс необходимо разделить по полу и уроки с группами должны вести учителя соответствующих полов.

Обязательные к обсуждению вопросы:

1. контрацепция и нравственность.
2. отношение в семье (мировоззрение должно формироваться на основе воспроизводства как доминирующей функции).

Негативные формы поведения в сфере отношения полов:

1. насилие.
2. хамское поведение.
3. распущенность.

Половые девиации – предмет исследования психотерапии – нарушение половой функции в отношении объекта, способа, характера объекта.

Гендерное воспитание в белорусской школе направлено на закрепление традиционных мужских и женских ролей. Основная цель воспитания видится в создании условий для развития «правильной» идентичности и целостного представления о своей принадлежности к определенному полу.

Само же «**гендерное воспитание**» определяется как: «создание условий, которые будут способствовать идентификации человека как представителя определенного пола, закреплению гендерных ролей, формированию гендерной культуры личности».