Составители: Габбасова Э.Р., Дереча В.А., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 3. Психологическая профилактика зависимого поведения**

**Тема №1.**

**Тема:** Коррекция дезадаптации, личностной уязвимости и формирование личностного антиаддиктивного иммунитета.

**Вопросы:**

1. Признаки адекватной адаптации.
2. Стратегии адаптивного реагирования. Признаки копинг-поведения.
3. Стереотипно-защитное поведение с суррогатной адаптацией (пассивно-защитное, активно-защитное, интрапсихическая переработка переживания, защитно-манипулятивное поведение, появление и «заострение» защитных черт характера, аномальные адаптивные реакции, аутоагрессивные адаптивные реакции, аддиктивные формы ПЗ).
4. Расстройства психологической адаптации (аномический тип, диссоциальный вариант, магифренический и зависимый типы).
5. Адаптивно-поведенческие отклонения и их коррекция (расстройство биологических основ адаптации; расстройство личностно-волевых основ адаптации; нарушение когнитивных механизмов адаптации).
6. Понятие первичной, вторичной и третичной наркопрофилактики.
7. Первичная наркопрофилактика путем коррекции школьной (социальной) дезадаптации.
8. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости и формирования психологического иммунитета.

**Основные понятия темы:**адаптация, копинг-поведение, стратегии адаптивного реагирования, стратегии псевдоадаптивного реагирования, расстройства адаптации, школьная дезадаптация, личностный антиаддиктивный иммунитет.

**Теоретический материал к Модулю 3 к теме 1:**

1. **Признаки адекватной адаптации.**

***Признаками адекватной адаптации являются:***

* сохранение самообладания;
* полная оценка ситуации и прогнозирование её развития;
* самодиагностика (оценка своего состояния, своих возможностей, своей роли и ответственности);
* способность осуществить поиск рациональных путей решения проблемы и выхода из сложившейся ситуации;
* способность мобилизоваться, принять решение и осуществить его выполнение.

Ученые установили, что *у каждого человека имеется своеобразное ядро индивидуального поведенческого стиля.* Поведение одних людей в целом благоприятствует успеху в данной обстановке, а поведение других - противодействует успеху. ***Индивидуальный стиль поведения****,* как устойчивая система приемов и способов любой деятельности субъекта, в данном случае свидетельствует о том, что ***этот стиль есть проявление характера и оказывается, что один тип характера личности укрепляет здоровье индивида, а другой тип характера – не только растрачивает своё здоровье, но ведёт себя так, что причиняет вред своему организму и своей психике.***

Замечено, что самые хорошие реакции по скорости и по качеству – те реакции, которые исходят из состояния оперативного покоя, а не те, которые исходят из состояний паники напряжения, злобы, агрессии, гнева или тревоги, страха, опасений.

Оперативный покой – это прежде всего широкое поле наблюдения, телесный контакт с реальностью, видение мелочей и деталей, осознавание их и оценка. Что самое главное в оперативном покое для самосохранения и выживания? – Не привыкнуть к ситуации! Вспомните, что есть дорожный гипноз у шофёра дальних рейсов. Водителю быть бы и быть бдительным, но монотонность дорожного шума, однообразие бегущей ленты асфальта, всё это погружает в транс, в дремоту. Когда нечто замышляется (например, нападение), то один из вариантов подготовки нападения – вписаться в привычную для охраны обстановку, в привычный ритм и ход дел, усыпить (!) бдительность. Кашпировский усыпил бдительность всей огромной страны. Сейчас усыпляют бдительность насаждением развлечений.

***Оперативный покой***, таким образом, это непрерывное бдение и ассимиляция, т.е. усвоение поступающей информации, ввод в «компьютер» своего мозга всех без исключения деталей и самых мелких изменений ситуации.

Наблюдение с помощью сознавания является наиболее надёжным. Можно слушать, рассматривать и наблюдать, как говорят, умом: это важно, это не важно; это нужно, это не нужно и т.п. Можно наблюдать чувствами: это хорошо, это плохо; это мне нравится, это – не нравится… Подлинное наблюдение – оно как бы беспристрастное, констатирующее: сначала следует заметить нечто, ввести в сознание, осознать а уж потом его оценивать и определять к нему отношение. Для этой работы, кажущейся сейчас такой долгой, достаточно иногда мгновения, особенно если постоянно тренировать своё наблюдение через процесс сознавания.

Оперативное реагирование – быстрый переход к действиям, т.е. такое изменение состояния тела и души, которые позволяют действовать. От стрессовых реакций оперативное реагирование существенно отличается отсутствием захлёстывающего напряжения эмоций. Здесь сохраняются определённая степень хладнокровная, самообладание (копинг) соразмерность чувств, соразмерность действий, понимание своего поведения; сохраняется способность наблюдать, оценивать и предвидеть. Такое поведение, в конечном счёте, как правило, не ведёт к превышению своих полномочий, превышению крайней необходимости и предела необходимой обороны.

Осознанность и хладнокровность оперативного реагирования не значат, что в нём отсутствуют автоматизированные и неосознанные действия. Однако важно, чтобы эти действия были бы не инстинктивными, а сознательно (и хладнокровно) оттренированными, т.е. были бы навыками. Чем больше таких навыков в себе, тем спокойнее на душе, тем выше чувство уверенности в себе и тем спокойнее и четче оперативное реагирование. Опытный водитель, например, с большей степенью вероятности выйдет из сложной аварийной дорожной ситуации в сравнении с хорошо всё осознающим, но неопытным водителем. Вместе с тем, хорошее и глубокое сознавание способствует более быстрому приобретению опыта и навыков – не только в мышлении, движениях и действиях, но также навыков сохранять самообладание.

Оценка ситуации – первый элемент в готовности оперативно реагировать. Как будет оценена ситуация, её структура и её изменения, - это зависит от наблюдательности, от опыта и ума, от степени личной ответственности. В то же время есть общее требование, выполнение которого уменьшает вероятность ошибочной оценки ситуации: не верь, пока не проверишь и не убедишься! Что это значит на практике? Особенно в службе безопасности опасно делать суждения и выводы, основываясь на предположениях, догадках, на чём-то общепринятом и «само собою разумеющемся». Якобы нет дым без огня!!! Дым и огонь это разное.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Стратегии адаптивного реагирования. Признаки копинг-поведения.**

Во-первых, необходимы распознавание и психологическое описание ***стратегии адаптивного реагирования*** у конкретного пациента, включающей в себя пять компонентов:

*1.Непосредственную эмоциональную реакцию* (тревога, опасения, страх, отчаяние, горе, депрессия, раздраженность, озлобленность, агрессия и много т.п. – в регистрах стенического или астенического, экстар- или интравертированного реагирования).

*2.Психологическую защиту* (автоматический осознанный и неосознанный поиск факторов облегчения душевного состояния, утешения, надежды, веры, позитивности или интрапсихическая проработка ситуации с включением механизмов вытеснения, отрицания, перенесения, реционализации, проекции, вымещения и многое др.).

*3.Осмысленную оценку* (та или иная степень мобилизации личности, попытки осознания ситуации и прогнозирования хода событий; вытеснения, размышления, анализ, выводы; поиск путей выхода и взвешивание шансов на успех).

*4.Личностную позицию* (более или менее оформленное личностное отношение к ситуации, определенная позиция, настрой, принятие решения, продумывание плана действий, установочная заряженность поведения).

*5.Совладание (копинг),* т.е. собственно адаптивное поведение – с адекватной адаптацией и с тенденциями преодоления психотравмирующих обстоятельств.

6.Если копинг-поведение окажется невозможным, в адаптивных усилиях личности будут преобладать *психопатоподобные и невротические реакции* и поведения в защитно-стереотипных формах.

Психологическая защита, по современным понятиям (Ю.А.Александровский, 1976; Ф.В.Бассин, 1979), - это природный механизм саморегуляции, направленный на поддержание системной целостности психики и организма. В основе психологической, а также – и психосоматической защиты лежит интрапсихическая проработка переживаний с целью уменьшения их душевной тягостности (психологическая выгода) и с целью снижения патогенности переживаний (биологическая выгода).

Чем осознаннее процесс адаптационного реагирования, тем больше мобилизуются личностные ресурсы, тем осмысленнее личностная позиция, а психологическая защита проявляется адекватной адаптацией.

***Степень адекватности адаптации*** – это второе, что подлежит диагностике и описанию после вытеснения стратегии реагирования.

**Признаками полной адаптации (копинг-поведения) являются:**

*1.Адекватная оценка* ситуации и адекватное её прогнозирование.

*2.Самодиагностика* (адекватная оценка психологических аспектов ситуации и собственной роли в её возникновении и развитии; адекватная оценка психологических механизмов собственных расстройств).

*3.Способность* осуществить поток рациональных путей решения проблем и выхода их психотравмирующих обстоятельств (инсайт).

*4.Способность* принять решение (имплозия, эксплозия) и осуществить его реализацию.

Совершенно очевидно, что такого рода зрения адаптация возможна при наличии зрелой, цельной, физически и психологически ресурсной личности – с жизненным опытом, достаточным интеллектом, уравновешенным характером и сильной волей. Поэтому в большинстве жизненных ситуаций люди реагируют и пытаются адаптироваться с помощью автоматических защитных стереотипов – менее осознанных или вовсе неосознанных.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

\*\*\*

Копинг-поведение, наряду с механизмами психологической защиты, рассматривается в качестве важнейших форм адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Отличие защитных механизмов и механизмов совладания проводится по параметрам «активность-конструктивность» и «пассивность-неконструктивность». Психологическая защита пассивна и неконструктивна, в то время как копинг-механизмы активны и конструктивны. Карвасарский отмечает, что если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации и, в особенности, психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта. Наиболее продуктивными копинг-стратегиями больных считаются: сотрудничество (пациента с врачом в лечебно-диагностическом процессе); активный поиск поддержки (в социальной или терапевтической среде); разумная степень игнорирования болезни; проблемный анализ.

Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.

1. **Стереотипно-защитное поведение с суррогатной адаптацией (пассивно-защитное, активно-защитное, интрапсихическая переработка переживания, защитно-манипулятивное поведение, появление и «заострение» защитных черт характера, аномальные адаптивные реакции, аутоагрессивные адаптивные реакции, аддиктивные формы ПЗ).**

***Стереотипно-защитное поведение с суррогатной адаптацией*** может проявится в следующих формах:

*1.Пассивно-защитное поведение* (заискивание, угодничество, подчиненность, смирение, елейность, слащавость, сверхаккуратность и т.п.).

*2.Активно-защитное поведение* (протест, негативизм, отказ, уход, раздражительность, озлобленность, дерзость, агрессивность, мстительность, упрямство, психологическое давление и сопротивление и т.п.).

*3.Интрапсихическая переработка переживаний* с механизмами рационализации и самооправдывания; вытеснения и отрицания; перенесения и проекции; подавления и моровоззренческого «алиби».

*4.Защитно-манипулятивное поведение* (манипулятивные «игры» с ролями жертвы, преследователя, раба, хозяина, спасателя и многое т.п.; наигранное оживление и «уход» в разгул, пьянство; повышенная активность и «уход» в работу; щадяще-защитный стиль жизни и «уход» в болезнь и лечение; аутизм, самоизоляция и «уход» в мистику и суеверие; регресс личности и «уход» в детство и др.).

*5.Появление и заострение «защитных» черт характера*, дающих личности психологическую выгоду (душевная холодность и апатия; скептицизм и ироничность; пассивная подчиняемость и конформизм; ненависть и ожесточенность; садизм или мазохизм; альтруизм и гедонизм; истерические или психастенические черты; астенические или гиперстенические др.).

*6.Аномальные адаптивные реакции* (протеста, оппозиции, бегства, агрессии, отчуждения, ненависти, гиперкомпенсации, ухода, бродяжничества, группирования и т.п.; их аномальность состоит в отсутствии конструктивной позиции и в получении суррогата психологической выгоды).

*7.Патологические* (психопатические, невротические и психопатоподобные) *адаптивные реакции* (депрессивные, тревожно-депрессивные; ипохондрические; истерические; реакции страха; панические реакции; анозогнозия; гипернозогназия и т.п.).

*8.Аутоагрессивнаые адаптивные реакции* – реакции «саморазрушительного» поведения (алкоголизация, суициды, самоувечья, отравления, самоповреждения, курение, бесконтрольное употребление психотропных препаратов).

*9.Аддиктивные формы психологической защиты* (зависимость, привязанность: к врачу, к методу лечения, к лекарствам, к процедурам обследования и консультирования; к алкоголю, наркотикам; привязанность к своей болезни и слияние с нею своего «Я»).

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Расстройства психологической адаптации (аномический тип, диссоциальный вариант, магифренический и зависимый типы).**

***Расстройства психологической адаптации***

Под специфически школьной дезадаптацией подразумевают невозможность обучения (т.е. неуспеваемость), а также невозможность адекватного взаимодействия с учителями и со сверстниками. Иначе – это несоответствие школьника предъявляемым к нему требованиям, это нарушения взаимодействия школьника и школьной среды.

Школьная среда (факторы + или -):

-учебная нагрузка и режим занятий

-личностные особенности учителей

-психологический климат класса и школы

-психологические особенности учительского коллектива

-особенности администрирования в школе

-взаимоотношения школы и семьи ученика

-психологические факторы учебного процесса

-наличие неформационных учащихся групп и их особенности

-наличие форменных объединений учащихся и их особенности

Любой из факторов со знаком минус может привести к школьной дезадаптации. Но главное зависит от личности ребёнка. Центральный фактор школьной дезадаптации – это наличие у ребёнка повышенного риска социальной дезадаптации вообще.

Социальная дезадаптация – это отклонения функционирования и поведения в таких сферах жизни, как

-учёба, работа (требования школы, учреждения)

-внутрисемейные межличностные отношения (требования семьи)

-сфера самообслуживания (поддержание здоровья, физические и психологические формы, внешнего вида, устройство своего быта) работа на дому

-сфера досуга, отдыха неформальных контактов и общения, занятий интересов; время препровождение

-сфера сексуального поведения и сексуальных отношений (способность ухаживать, дружить, любить воспитывать детей, создавать и содержать семью).

***Выделяют 4 основных типа психологической дезадаптации:***

*1.Аномический тип:* разочарование, угнетение, разуверование, утрата смысла и надежды, чувство безысходности, депрессия, уход в болезнь, суицид (аномический).

*2.Диссоциальный вариант:* заострение патологических черт характера, жестокости, бездушия, стремления к насилию, эмоциональной несдержанности, удовольствия от разрушения и избиения (социогенная психопатия по П.Б.Ганнушкину).

*3.Магифренический тип:* уход в мистику, в секты, в монастыри, погружение во всевозможные верования, обращения к знахарям, экстрасенсам, целителям.

*4.Зависимый тип* (дезадаптировавшийся индивид становится от кого-то зависимым или зависимым от употребления психоактивных веществ, от азартных игр и т.п.).

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Адаптивно-поведенческие отклонения и их коррекция (расстройство биологических основ адаптации; расстройство личностно-волевых основ адаптации; нарушение когнитивных механизмов адаптации).**

Дальнейшее изучение этого вопроса с позиций системного подхода показало, что названные адаптивно-поведенческие отклонения могут быть связаны с нарушениями в следующих системах организма:

*1.Расстройство биологических основ адаптации* проявляется нарушениями в механизмах сна – бодрствования, вегетативно-нейрогуморальной и психосоматической регуляции. При этом в одних случаях имеют место так называемые неврозоподобные расстройства, обозначаемые также понятием недифференцированных соматоформных нарушений – слабость, утомляемость, головная боль, недомогание, нарушение сна, изменение самочувствия. У других больных эти расстройства представлены преимущественно в виде соматоформных вегето-дистоний по смешанному типу. Наблюдаются также изолированные и нестойкие функциональные отклонения со стороны отдельных висцеральных органов и систем, функциональные эффекторно-двигательные нарушения, а также утяжеление имевшихся ранее психосоматических заболеваний.

*2.Расстройство личностно-волевых основ адаптации* дает о себе знать изменениями иерархий личностных ценностей, утратой прежних интересов, иногда – целей и смысла жизни. Снижаются также личностные ресурсы или больные не смогут найти к ним доступ, изменяется чувство «я» и самосознание.

*3.Нарушение когнитивных механизмов адаптации* проявляются самыми разнообразными психопатологическими феноменами в отдельности и смешанным образом. Сюда относятся, во-первых, расстройства ощущений и восприятий (парастезии, гиперстезии, гипостезии, анестезии, сенестопатии, дереализация, деперсонализация и др. психосенсорные явления). Во-вторых, - это эмоциональные расстройства (повышение или снижение эмоциональной чувствительности; гипотимия, гипопатия, гиперпатия; тревога и страх; невротическая депрессия; эмоциональная лабильность и несдержанность). В третьих, когнитивные нарушения дают о себе знать интеллектуально-мнестическими расстройствами неорганического характера, нарушениями ассоциативных процессов, навязчивыми или эмоционально заряженными доминирующими идеями.

***При переходе к здоровому образу жизни:***

-изменяется мировоззрение, приоритетными становятся духовные ценности, исчезает экзистеницальный вакуум, обретается смысл жизни; исчезает физиологическая и психическая зависимость от алкоголя, табака, наркотиков; хорошее настроение формируется «гормонами радости» - эндорфи­нами, которые образуются в организме человека; сердце работает более экономно, поэтому оно более долговечно.

Для перехода к здоровому образу жизни полезно перепрограммирование пси­xики (с болезней на здоровье) и формирование опосредующего позитивного об­раза «Я».

В повседневной реальной жизни личность проявляет себя не столько своим внутренним содержанием, сколько поступками, поведением и образом жизни. О личности судят не по словам, а по ее делам! В них находит свое выражение мотивационная типология личности и её жизненная зрелость*.*

***Проявлением зрелой личности*** является, прежде всего, самостоятельность в суждениях и поступках в сочетании со способностью сделать правильный выбор, взять на себя ответственность за себя и, возможно, за других. Свойствами зрелой личности являются также *самодостаточность* (опора в основном на свои ресурсы), *цельность* (собранность и сосредоточенность на главных ценностях), *конструктивность* (позитивный деловой подход), *конгруэнтность* (согласованность между чувствами, словами и поступками), *полноценное функционирование* (преобладание подлинной адаптации и копинг-стратегий над адаптациями психологически-защитными, суррогатными, заместительными).

***Известно, что зрелой личность становится не сразу и вообще не всегда.***

Движущей силой личности являются ее отношения, потому что именно они определяют силу, потенциал, степень выраженности интереса, эмоций, желаний и потребностей. У личности могут преобладать органические, личностные и сверхличные (общественные) цели, мотивы или потребности. В начальном периоде формирования здорового образа жизни потребности личности могут вступать в конфликт с чувством долга, с внешними требованиями или правилами. Однако ***в процессе развития идеал здоровья может стать внутренним требованием и сам трансформироваться в потребность, стать мотивом поведения.***

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Понятие первичной, вторичной и третичной наркопрофилактики.**

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ может быть первичной, вторичной и третичной. Рассмотрим каждую из них.

**Первичная профилактика наркомании и алкоголизма** имеет целью предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями:

а) развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует;

б) направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды;

в) усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни;

г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения;

д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием);

е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее *массовой, неспецифической,* использующей преимущественно *педагогические, психологические* и *социальные влияния.* Ее воздействия направлены на общую популяцию детей, подростков и молодых людей.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирование числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика алкоголизма и наркомании проводится посредством нескольких стратегий.

*Первая стратегия — информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.*

Контингент воздействия — дети и подростки, посещающие школу; учащаяся молодежь; родители (семья); учителя; внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы; дети, не посещающие школу; дети, лишенные родителей и постоянного места жительства; неорганизованные группы населения.

*Вторая стратегия — формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.*

Контингент воздействия — семья (родители); учителя; дети, подростки в школьных коллективах и вне их; дети, не посещающие школу; дети, лишенные семьи и постоянного места жительства.

*Третья стратегия — развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.*

Контингент воздействия — дети, подростки, молодежь в учебных заведениях и вне их; учителя; родители (семья).

*Четвертая стратегия — развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.*

Контингент воздействия — дети, подростки и молодежь в учебных коллективах и вне их; учителя; родители (семья).

В приведенных выше стратегиях используются специальные технологии.

*Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:*

— воздействие средств массовой информации;

— антинаркотическое обучение;

— использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;

— создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т.д.);

— проведение антинаркотических мотивационных акций;

— организация деятельности социальных работников и волонтеров;

— деятельность системы ювенальной юстиции.

*Психологические технологии первичной профилактики:*

— развитие личностных ресурсов;

— формирование социальной и персональной компетентности;

— развитие адаптивных стратегий поведения;

— формирование функциональной семьи.

*Медицинские технологии первичной профилактики* осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Рост числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляющих поведение риска — социального резерва роста заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, определяет поле воздействия **вторичной профилактики.**

Главная цель **вторичной профилактики** — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные предиспозиции личностных, поведенческих и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик.

При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида — как фактор риска наркомании или алкоголизма.

Вторичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением различных стратегий.

*Первая стратеги я — формирование мотивации на изменение поведения.*

Контингент воздействия — дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

*Вторая стратеги я — изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.*

Контингент воздействия — дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

*Третья стратеги я — формирование и развитие социально-поддерживающей сети.*

Контингент воздействия — дети и взрослые (семья, учителя, специалисты, непрофессионалы).

В этих стратегиях используются специальные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

— формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;

— формирование мотивации на изменение поведения;

— развитие проблем-преодолевающего поведения;

— формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

*Психологические технологии:*

— преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;

— осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;

— развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем-преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);

— анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентации когнитивного развития, интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

*Медицинские технологии* заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

**Третичная профилактика наркомании и алкоголизма** направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые.

Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье — обязательное условие проведения третичной профилактики.

Третичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

*Первая стратегия — формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления алкоголя, наркотиков или других психоактивных веществ.*

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс мотивационной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

*Вторая стратегия — изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.*

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс данной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

*Третья стратегия — осознание ценностей личности.*

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

*Четвертая стратеги я — изменение жизненного стиля.*

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

*Пятая стратегия — развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.*

Контингенты воздействия — лица, зависимые от алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ.

*Шестая стратегия — формирование и развитие социально-поддерживающей сети.*

Контингенты воздействия — члены семьи, другие значимые лица, члены групп само- и взаимопомощи и т.д.

В этих стратегиях используются различные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

— формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;

— формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;

— развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;

— формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях.

*Психологические технологии:*

— осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;

— осознание личных целей и путей их достижения;

— осознание влечения и зависимости;

— формирование копинг-стратегий преодоления влечения и зависимости;

— изменение жизненного стиля в целом;

— развитие коммуникативной и социальной компетентности;

— развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;

— развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

*Медицинские технологии* заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в обществе, разделяются на ряд направлений:

— профилактика в учебных заведениях (школьные программы);

— профилактика, основанная в семье (семейные и родительские программы);

— профилактика в организованных общественных группах населения;

— профилактика с помощью средств массовой информации;

— профилактика, направленная на группы риска в учебных заведениях и вне их;

— систематическая подготовка специалистов в области профилактики;

— мотивационная профилактическая работа;

— профилактика рецидивов;

— терапия социальной средой;

— профилактика последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ.

В соответствии с этими стратегиями строятся профилактические программы.

1. **Первичные наркопрофилактика путем коррекции школьной (социальной) дезадаптации.**

***Социальная дезадаптация – это неспособность соответствовать требованиям школы, семьи, общества.***

Проявляется она отклонениями (аномалиями, девиациями) в таких сферах жизнедеятельности, как

-учеба и работа

-отношения и взаимоотношения в семье

-сфера заботы о самом себе (поддержание и сбережение здоровья, психического состояния и физической формы, внешнего вида, устройства своего быта, работы по дому, усилий по обеспечению себя всем необходимым для нормальной здоровой жизни)

-сфера отдыха и досуга, неформальных контактов и общения, препровождения времени, занятий, увлечений и интересов (способности получать удовольствия без употребления психоактивных веществ)

-сфера полоролевого поведения и сексуальных отношений (способность ухаживать, дружить, любить, создавать и беречь семью, воспитывать детей)

-сфера участия в формальных объединениях, сообществах, организациях в качестве члена группы

***Конкретными проявлениями дезадаптивного поведения в любых из названных сфер могут быть следующие признаки:***

-ложь, обман, интриги, манипулирование

-душевная черствость, жестокость, бездушие, насилие, агрессивность

-замкнутость, самоизоляция, робость, трусость, фобии, боязливость, страх

-легкомыслие, необдуманность, поспешность, импульсивность

-несдержанность эмоций, возбудимость, взрывчатость

-неспособность соблюдать порядок, дисциплину, правила поведения, этику и мораль

-конфликтность, ссоры, принуждения, неадекватная борьба за лидерство или за эмансипацию

-раннее курение и алкоголизация, употребление наркотиков

-правонарушения

-суицидальное поведение

-уходы из семьи и бродяжничество

***Под собственно школьной дезадаптацией понимают невозможность обучения, т.е. неуспеваемость, а также невозможность конструктивного взаимодействия с учителями и со сверстниками.***

По отношению к дезадаптивному (аномальному, девиантному) поведению лечебных средств и способов не существует. Для исключения заболевания, конечно, необходимы наблюдения школьного врача и школьного психолога, а при необходимости – консультации других врачей.

Главное в психосоциальной коррекции школьной дезадаптации – это объединение и координация усилий семьи и школы, согласование методов воспитания, способов мотивации, поощрения, порицания, приобщения к труду, учебе, другим занятиям.

Параллельно с этим необходимы социально-психологические тренинги в коррекционных группах школьных психологов (дискуссии, ролевые тренинги, ситуационные тренинги, драматические роли, моделирование поведения, когнитивная и поведенческая психокоррекция).

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости и формирования психологического иммунитета.**

**Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости.**

***Основные признаки (маркеры) личностно-характерологических свойств***, которые порознь, а чаще – в совокупности, создают определенную критическую массу ***повышенного риска приобщения к наркотикам, алкоголю*** и другим психоактивным веществам:

-низкая стрессоустойчивость, низкая толерантность к фрустрациям, т.е. незакаленность в отношение жизненных трудностей, нервозность и переживания при малейших сложностях, препятствиях, неудачах и т.п.;

-наличие комплекса неполноценности, ущербности, некрасивости, особенно в сочетании с желанием признания и вхождения в группу «полноценных» и утвердившихся;

-чрезвычайное стремление к независимости, высвобождению из опеки старших (в т.ч. родителей, учителей), особенно при желании противопоставить себя нормам, правилам, порядку, обществу, закону;

-недостаток родительской любви и заботы, особенно если в семье имеются (или были ранее) лица с алкогольной или наркотической зависимостью;

-отсутствие ответственности перед собой, неспособность быть хозяином своего слова, особенно со склонностью к лживости, обманам, нечестности;

-замкнутость, стеснительность, робость и нерешительность, чувство несамодостаточности, тревожность, страх, боязливость;

-легкомысленность и поверхностность в общении, неспособность к глубоким чувствам и устойчивым межличностным привязанностям;

-недостаточная адаптивная способность мобилизовываться и делать усилия, обдумывать обстоятельства и делать выбор, шаблонность в образе жизни и подчиняемость навязываемому стилю, моде, рекламе, псевдокультуре.

Работу по коррекции личностной уязвимости могут проводить психологи, психотерапевты, педагоги, а также родители с помощью воспитательных мер. Если при этом используются специальные подходы, то они обычно представлены методами психодиагностики, психологических индивидуальных и групповых тренингов, классными дискуссиями, поведенческой коррекцией, ролевыми играми, психодрамой, самоанализом и саморегуляцией.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

**Первичная наркопрофилактика путем формирования психологического иммунитета.**

**Первичная наркопрофилактика с помощью психологического иммунитета.**

Состоит в формировании антинаркотической психологической иммунизации путём позитивного формирования таких свойств как:

-близкие и теплые отношения между родителями и детьми в духе искренности, дружбы, любви, заботы, взаимной поддержки и ответственности;

-неформальные, участливые и дружеские отношения между воспитателями и детьми, учителями и учениками;

-привитие с раннего детства (еще в дошкольном возрасте) духовных ценностей и любви к труду и учебе, стремления к физическому, душевному и духовному совершенству;

-формирование (воспитание) способности спокойно встречать отказы, запреты, требования, сложности и трудности жизни, лишения и утраты, стрессы и неприятности;

-воспитание способности соблюдать порядок, быть дисциплинированным, понимать преимущества уважительного и корректного отношения к другим людям, соблюдения законов и морали;

-формирование, как можно раньше, целей и смысла жизни, профессионального интереса и стремление приобрести позитивный, надежный и авторитетный социальный статус, не связанный с риском быть отвергнутым или быть наказанным обществом;

-воспитание чувства здоровья и радости быть здоровым, желания беречь здоровье;

-формирование способностей общаться, веселиться и радоваться без застолий, без употребления алкоголя и других пьянящих веществ;

-воспитание самостоятельности, жизненной компетентности и способности ответственно принимать решения;

-формирование способности преодолевать чувство собственной неполноценности и незначительности, правильно выражать свои чувства и управлять собой и своим поведением;

-ответственность родителей и других членов семьи за воспитание детей, за атмосферу взаимоотношений в семье, за наличие и соблюдение правил поведения, за чувство коллективизма и заботу друг о друге.

Профилактика наркоманий и алкоголизма: учебное пособие/В.А.Дереча ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 77с.