

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОЗИТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ, ПРИНЦИПОВ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ С УЧЕТОМ
ВЛИЯНИЯ ДИСТАНТНОГО ФОРМАТА ОБУЧЕНИЯ**



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва, 2021

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центр защиты прав и интересов детей»**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, НАПРАВЛЕННЫЕ
НА ФОРМИРОВАНИЕ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ПОЗИТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ,
ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ С УЧЕТОМ ВЛИЯНИЯ
ДИСТАНТНОГО ФОРМАТА ОБУЧЕНИЯ**

Методические рекомендации

Москва, 2021

*Методические рекомендации разработаны
ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей»
в рамках реализации государственного задания на 2021 год*

Профилактические мероприятия в образовательных организациях, направленные на формирование у обучающихся позитивного мышления, принципов здорового образа жизни, предупреждения суицидального поведения, в том числе с учетом влияния дистантного формата обучения. Методические рекомендации / Дубровский Р.Г. — М.: ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2021. — 84 с.

Методическое пособие посвящено вопросам обеспечения психологического благополучия обучающихся и технологиям разработки профилактических программ в сфере здоровья в условиях образовательных организаций. Пособие адресовано педагогам-психологам, руководителям образовательных организаций и всем специалистам системы образования, чья деятельность связана с профилактикой негативных явлений среди молодежи и подростков.

© ФГБУ «Центр защиты прав
и интересов детей», 2021.
© Дубровский Р.Г., 2021.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ	7
Позитивная концепция здоровья	7
Концепция стресса	12
Обзор основных теорий девиантности	16
2. РИСКИ И РЕСУРСЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ.....	22
Подростковая девиантность	22
Подростковый кризис и ресурсы здоровья.....	26
Диагностика подростковой девиантности	31
3. ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОЙ ДЕВИАНТНОСТИ	36
Структура профилактики подростковой девиантности	36
Технологии формирования позитивного мышления и принципов здорового образа жизни.....	37
4. РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	59
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ.....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ	62
Приложение 1.	62
Приложение 2.	68

ВВЕДЕНИЕ

Всю человеческую историю, по сравнению с сегодняшним днем, на Земле жило относительно немного людей. Только последние 200-300 лет наблюдается взрывной рост количества населения. Когда родились взрослые читатели этих строк, количество людей на Земле вероятно составляло от 4 до 5 миллиардов человек. Когда родились современные подростки, на Земле жило примерно 6,5 миллиардов человек. А сейчас нас уже почти 8 миллиардов. Такое стремительное изменение демографической ситуации не могло не сказаться на всех сторонах жизни людей, в том числе на понимании таких ключевых понятий, как счастье, здоровье, психологическое благополучие, жизненный успех, смысл жизни...

Мы живем в удивительное время, когда многое в человеческой истории происходит впервые. Когда-то дедушка, держащий на руках внука, знал его судьбу. Было очевидно, что внук в точности повторит судьбу своего отца и деда. Сегодня наша жизнь сильно отличается от жизни наших родителей. А жизнь наших детей во многом будет не похожа на нашу. Поэтому сегодня опыт предыдущих поколений уже не играет той определяющей роли, какой она была раньше. Новые поколения уже не могут больше просто копировать жизнь своих родителей и полностью полагаться на их опыт.

Меняется рынок труда, на наших глазах появляются и исчезают новые профессии, поэтому человеку сегодня приходится учиться всю свою жизнь, а не получать одну профессию раз и навсегда. Для успешной жизни становятся важными уже не только профессиональные навыки, но и личностные качества и социально-психологические компетенции, такие как уверенность в себе, умение разрешать конфликты, умение работать в команде, лидерские качества и многие другие.

Поэтому и система образования сегодня во всём мире переживает бурный период реформирования. Главной тенденцией этих реформ становится то, что ученик становится активным участником процесса обучения, а не просто получателем информации. Для освоения современных образовательных программ уже недостаточно просто передавать знания от учителя к ученику. Современное образование – это продукт сотрудничества учителя с учеником, основанный не на принуждении и страхе плохих оценок, а на собственной мотивации ученика к получению новых знаний.

Реализация педагогических задач современного образования предполагает в то же время создание психолого-педагогических условий сохранения, укрепления

здоровья, формирование достойной жизненной перспективы каждого обучающегося, что невозможно без наличия у ребенка психологических знаний о себе, своих личных и возрастных особенностях, правилах грамотного взаимодействия с окружающими людьми, навыков действий в сложных жизненных ситуациях, позитивного мышления и принципов здорового образа жизни, соответствующих его индивидуальным возможностям и потребностям.

Охрана здоровья давно перестала быть сферой ответственности исключительно системы здравоохранения. В настоящее время в социальных науках преобладает комплексный подход к пониманию здоровья, в которое включают психическое, духовное, эмоциональное, социальное, физическое здоровье, которые взаимодействуют друг с другом и определяют благополучие на уровне индивида, социальных групп и общества в целом. Такой подход к здоровью как состоянию, не сводящемуся к отсутствию болезни, получил название концепции позитивного здоровья. Оно подразумевает полноценное функционирование личности в конкретной социальной среде. Поэтому сегодня система образования выступает одним из ключевых социальных институтов контроля здоровья подрастающих поколений.

Сегодняшнее законодательство, регулирующее вопросы охраны здоровья учащихся, уделяет всё больше внимания социально-психологическим аспектам благополучия школьников. Так действующий национальный проект «Образование» ставит своей целью обеспечение глобальной конкурентоспособности российского образования, вхождение Российской Федерации в число 10 ведущих стран мира по качеству общего образования, и воспитание гармонично развитой и социально ответственной личности¹.

Принятая Министерством образования и науки Российской Федерации в декабре 2017 года «Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года»² развивает положения Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»³, определяющего легитимность профессиональной

¹ Паспорт национального проекта «Образование», утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года (протокол №16). [Электронный ресурс]. –URL: <http://government.ru/projects/selection/741/35675/>

² Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Министерством образования и науки РФ 19 декабря 2017 // “Администратор образования”, февраль 2018 г., № 4, в журнале “Вестник образования”, январь 2018 г., №2, в журнале “Вестник образования России”, март 2018г., № 6.

³ Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" // "Российская газета" от 31 декабря 2012 г. № 303, Собрание законодательства Российской Федерации от 31 декабря 2012 г. № 53 (часть I) ст. 7598.

деятельности педагога-психолога в общеобразовательной организации и его роли в охране здоровья, в том числе:

- наделение органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по предоставлению психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации (статья 8);
- предоставление обучающимся условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции (статья 34);
- оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления (статья 42).

Комплекс мер до 2025 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2021 года № 1058-р, включает в себя проведение в образовательных организациях с обучающимися профилактических мероприятий, направленных на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового образа жизни.

Настоящее методическое пособие посвящено вопросам обеспечения психологического благополучия обучающихся и процедурам разработки профилактических программ в сфере здоровья в условиях образовательных организаций.

В пособии рассматриваются ключевые темы психологии здоровья, обсуждаются некоторые вопросы психологии подростков как основной целевой группы профилактических программ, приводятся технологии вмешательств в сферу здоровья.

Пособие адресовано педагогам-психологам, руководителям образовательных организаций и всем специалистам системы образования, чья деятельность связана с профилактикой негативных явлений среди молодёжи и подростков.

1. ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Позитивная концепция здоровья

Здоровье — одно из самых сложных и трудноопределимых понятий, относящихся к человеку. Традиционный взгляд на здоровье, в силу сложности его определения, сводится к негативному определению, то есть к отсутствию признаков болезни. Но за последние 100 лет научное понимание здоровья было переосмыслено из-за резких изменений в структуре заболеваемости и причин смертности населения в развитых странах.

Всю человеческую историю самой распространённой причиной смертности были инфекционные заболевания и сопутствующие им острые состояния. Но после изобретения антибиотиков на рубеже XIX – XX веков, на фоне урбанизации, роста уровня благополучия и продолжительности жизни большинства населения в развитых странах характер заболеваемости и причин смертности стал меняться. Преимущественное распространение получили заболевания, называемые неинфекционными или хроническими, именно они сегодня стали основной причиной смерти и инвалидизации населения во всем мире. К ним относят в первую очередь, сердечно-сосудистые заболевания (такие, как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания (такие, как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет. Поэтому традиционные представления о здоровье пришлось пересматривать: биомедицинские теории пришлось существенно дополнять психологическими и социологическими моделями (Гурвич, 1999).

Для понимания позитивной концепции здоровья важно остановиться на различиях между инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Биомедицинская модель, изначально предназначенная для описания инфекционных заболеваний, включает в себя:

а) носителя инфекции (*хозяина*) — конкретного человека или группу конкретных людей;

б) саму инфекцию (*инфекционного агента*): причиной болезни является специфический возбудитель — нечто материальное — бактерия или вирус, которые мы можем разглядеть в микроскоп;

в) окружение — весь спектр средовых факторов, определяющих исход взаимодействия хозяина и инфекционного агента. При этом, в первую очередь, имеются в виду биологические, а не поведенческие факторы!

Проще говоря, биомедицинская модель болезни строится на утверждении,

что человек заболел, потому что случайно заразился. При этом не важно, как человек себя вел.

Биомедицинская модель профилактики строится на простой логике и обращается к трем категориям людей:

1. Здоровые люди, которые пока не успели чем-то заразиться. Им ставят прививки, для них придумывают санитарные нормы и учат их соблюдать, чтобы избежать заражения, уничтожают возможные очаги заболеваний. В нынешнюю эпоху пандемии коронавируса появились требования к ношению масок и ограничения посещения различных общественных мест. Все эти меры относятся к *первичному* звену профилактики, которое направлено на то, чтобы человек не заразился.

2. Но если уж человек всё-таки подхватил инфекцию, и ему поставлен какой-то диагноз, то он попадает во *вторичное* звено профилактики – его лечат с помощью лекарств, купирующих инфекцию.

3. Поскольку после лечения некоторых заболеваний требуется восстановление, существует звено *третичной* профилактики, которое направлено на лиц, прошедших лечение и нуждающихся в реабилитации. Это профилактика ухудшения или обострения состояния.

Однако применительно к неинфекционным заболеваниям такая простая и красивая модель профилактики по ряду причин недостаточна.

Во-первых, неинфекционные болезни, например, сердечно-сосудистые, возникают без участия какого-либо специфического возбудителя и развиваются постепенно, возможно годами и десятилетиями. В отличие от инфекционных болезней, когда человек может заразиться мгновенно, проблемы с сердечно-сосудистой системой могут формироваться довольно долго на фоне длительного стресса, повышенной раздражительности или пониженного настроения. Такой человек не считается вполне здоровым, но и, с точки зрения медицины, лечить у него пока нечего, ведь явных симптомов болезни пока нет.

Во-вторых, распространенность неинфекционных заболеваний подчиняется определенным социальным закономерностям. Инфекционные заболевания распространяются более-менее случайно: чихнул человек в автобусе, кто рядом оказался, тот и заболел. Неинфекционные же заболевания распространяются среди людей, имеющих какие-то общие черты в поведении или условиях жизни. Например, тот факт, что педагоги чаще болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями, по сравнению с представителями других профессий, подразумевает, что болезнь не передаётся от человека к человеку вместе с ее возбудителем,

а является результатом хронического эмоционального стресса, характерного для этой профессиональной группы.

Поэтому носители хронических заболеваний – это уже не просто конкретные люди, но, главным образом, – социальные группы. Главным механизмом, обуславливающим сходство показателей здоровья представителей устойчивых социальных групп (и соответственно отличие от представителей других групп), является общность условий жизни, субкультуральных особенностей и детерминант связанного со здоровьем индивидуального поведения (ценностей здоровья; социальных установок по отношению к медицинской помощи; групповых норм, регулирующих поведение в сфере здоровья). Поэтому принадлежность человека к определённым социальным группам зачастую позволяет значительно точнее предсказать его риски для здоровья, чем его конституционально-биологические или личностно-характерологические особенности человека.

В-третьих, по причине неспецифичности – в отличие от инфекционных болезней, когда какая-то инфекция может вызывать только одно соответствующее заболевание, например, вирус гриппа может вызвать только грипп, хроническое заболевание может быть результатом сочетания самых разных факторов:

- биологических (например, вирусы, бактерии, наследственность);
- психологических (личностные особенности, наличие источников хронического стресса и умения с ними справляться);
- социальных (нормы поведения, семья, референтные группы, работа, принадлежность к социальному классу и др.).

А с другой стороны, перечисленные выше факторы могут привести к самым разным хроническим заболеваниям.

В-четвертых, и это самое главное, в формировании и течении неинфекционного заболевания важную роль играет поведение человека. Здесь больной – уже не пассивный участник процесса, которому врач прописывает препараты, как в случае с инфекционным заболеванием. Для формирования болезни и для ее преодоления важно, какой у человека образ жизни, какие у него убеждения относительно своего здоровья, насколько сильно он хочет выздороветь и т.д. А отсюда вытекает вопрос об ответственности: в случае инфекционной болезни, пациент – это пассивная жертва, а в случае неинфекционного заболевания ответственность за выздоровление, в той ли иной мере лежит на пациенте. Более того, в психотерапии именно осознание клиентом своей ответственности за возникновение своей проблемы является отправной точкой к ее преодолению и восстановлению контроля над своей жизнью.

Проще говоря, модель неинфекционного заболевания строится на утверждении, что человек заболел, потому что соответственно себя вел. Поэтому для лечения таких заболеваний требуются не только и не столько таблетки и операции, сколько исправление поведения и образа жизни, которые привели к заболеванию.

(Следует пояснить, что грань между инфекционными и хроническими болезнями условна: у хронических болезней есть острые фазы, а инфекционные болезни могут перетечь в хронические. Особенности поведения и образа жизни влияют и на начало, течение и исход инфекционных заболеваний, и даже на травматизм. А перенесенные инфекции могут влиять на образ жизни. Но эти подробности выходят за рамки предмета рассмотрения настоящего пособия).

Вышеназванные причины привели к необходимости формулирования новой позитивной концепции здоровья, которая бы не сводилась только к отсутствию симптомов какого-либо заболевания. В течение XX века в поведенческих науках было сделано много попыток осмыслить здоровье через наличие каких-то системных свойств, которые определяют благополучие человека, причем не только на уровне физического тела, но и на уровне человека, как личности и на уровне общности, в которой он живет.

Развитие концепций здоровья во многом было связано с функциональным подходом американского социолога Талькотта Парсонса, который понимал под здоровьем способность человека полноценно функционировать в основных социальных ролях, что подразумевает ряд важных следствий:

1. Не существует «абсолютного» психического здоровья. Другими словами, нет такого человека, который мог бы сохранять здоровье в любых социальных ролях или ситуациях.

2. Понятие здоровья зависит от социокультурных норм общества. То, что воспринимается как здоровье в одной культуре, может представлять как тяжелая патология в другой, и наоборот.

3. Функциональное понимание здоровья не подразумевает полного отсутствия симптоматики психического или соматического расстройства, а только констатирует, что такая симптоматика, если она имеется, не вызывает социальной или поведенческой дисфункции.

Главным теоретическим конструктом современного целостного (холистического) понимания здоровья стала биопсихосоциальная модель (Biopsychosocial model, BPS), предложенная американским терапевтом и психиатром Джорджем Энгелем в 1977 году (Engel, 1977). Модель представляет

собой приложение системного подхода к функционированию человека на всех уровнях организации: биологическом, личностно-психологическом, а также на социально-психологическом уровне, где реализуются социальные связи с людьми, входящими в непосредственное социальное окружение, и, далее, на уровне социальном — через включение индивида в различные институты общества в целом.

Согласно этой модели, заболевание может иметь своим источником любой уровень в организации поведения человека, а потом распространяться на остальные. Так, резкие социальные изменения, какие случились, например, в недавней истории России с распадом СССР, привели к новой социально-экономической ситуации, к которой не смогли адаптироваться множество людей. Одним из результатов этих изменений стало разрушение привычных связей в малых группах. Этот факт многими остро переживался и на уровне личности в виде эмоциональной дисрегуляции. Затем и в организме появляется слабое место, чаще всего страдает сердечно-сосудистая система. Возникает недостаток кровообращения, на уровне тканей происходит отложение белков на стенках клеток, и, как следствие, может произойти инфаркт. В данном примере нет специфического фактора, а есть комплекс причин, которые вызвали дезорганизацию организма и психики в целом.

Возможна и обратная ситуация, когда дисфункция возникает на клеточном или генетическом уровне. Затем она сказывается на работе органов тела, на психике и, в конечном счете, на поведении человека в его социальном окружении. А если это влиятельный в обществе человек, например, руководитель организации, его заболевание, появившееся изначально на клеточном уровне, в итоге может влиять на жизнь большого коллектива.

Таким образом, к концу XX века здоровье перестало быть только биологическим феноменом, сводящемуся к отсутствию симптомов. Позитивная концепция здоровья подразумевает, что здоровье не сводится к отсутствию болезней, что здоровье — это наличие определенных системных свойств, которые определяют благополучие человека. При этом здоровье рассматривается не только на уровне физического тела, но и на уровне человека как личности и на уровне общности, в которой он живет.

Понятие *психологического благополучия* является частью позитивной концепции здоровья, закрепленной в конституции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 1948 году, где здоровье определяется как *«состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов»*. Само понятие психологического благополучия

нашло свое отражение в следующем определении ВОЗ: *«Психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества».*

Начало активной разработки и осуществления политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний относится ко второй половине 1970–х годов, когда появилась серия документов Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех к 2000 году». Эти документы отражают коллективное мнение стран–членов ВОЗ о том, каковы приоритеты и основные направления работы по сохранению и укреплению здоровья среди населения этих стран.

В 1980-м годах специалистами ВОЗ была разработана интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний «Общенациональные комплексные мероприятия по борьбе с неинфекционными заболеваниями» (CINDI, Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), которая осуществлялась Европейским региональным бюро ВОЗ.

В России первым документом, формулирующим политику в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, стал документ «К здоровой России» 1994 года, на основе которого разрабатывались аналогичные документы в некоторых субъектах Российской Федерации. В 2003 году Минздравом России была утверждена отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 годы».

Сегодня политика в области профилактики неинфекционных заболеваний, ставящая своей целью в том числе формирование системы мотивирования граждан к поддержанию здорового образа жизни, реализуется в рамках национального проекта «Здравоохранение» и национального проекта «Демография» (федеральный проект «Укрепление общественного здоровья»).

Концепция стресса

Знаменитый персидский учёный, философ и врач Авиценна (Ибн Сина, 980–1037 гг.) однажды провел эксперимент, суть которого состояла в том, что двух ягнят одного помета поместили в две разные клетки, причем кормили, ухаживали за ними строго одинаково. Но один из ягнят мог видеть клетку, в которой находился волк. В начале эксперимента оба ягненка имели приблизительно одинаковый вес и вид. Через некоторое время тот ягненок, который не видел волка, был бодрым

и упитанным. Другой же, видевший волка постоянно, был худым, подавленным, малоподвижным, его шерсть имела нездоровый вид. Через некоторое время он умер. Этим экспериментом Авиценна показал связь между хроническими негативными переживаниями и состоянием здоровья, перенося свои выводы и на человека.

Как уже говорилось выше, неинфекционное заболевание может быть результатом действия многих факторов: с одной стороны – обстоятельств, в которых оказался человек, а с другой стороны, – внутренних ресурсов человека противостоять негативным обстоятельствам. Все эти внутренние и внешние факторы, одновременно влияющие на состояние здоровья, в поведенческих науках получили специальное название – стресс, который стал считаться главным предиктором не только хронических заболеваний, но и вообще всех видов поведения, нарушающих те или иные социальные нормы. Соответственно, снижение уровня стресса – стало главной целью профилактики хронических заболеваний и любых видов девиантного поведения.

Первое определение стресса дал Ганс Селье – канадский патолог и эндокринолог австро-венгерского происхождения в 1930-х годах. Он разрабатывал гипотезу общего адаптационного синдрома, согласно которой болезнетворный фактор, например, инфекция, обладает пусковым действием, включающим выработанные в процессе эволюции механизмы адаптации. Свои первоначальные выводы, сделанные в области биохимии, Селье, вслед за американским психофизиологом Уолтером Кенноном, перенес и на принципы развития психофизиологического стресса, рассматривая его как ответ на любые предъявленные организму требования: с какой бы трудностью ни столкнулся организм, с ней можно справиться двумя типами реакций – а) активной, или борьбы, и б) пассивной, в виде бегства от трудностей или готовности терпеть их.

В отличие от кратковременного стресса, эволюционный адаптивный смысл которого состоит в мобилизации организма в опасной ситуации, Селье выделял длительный стресс, который действует на организм угнетающе.

Дальнейшее развитие концепции стресса в клинической практике показало еще одну его важную особенность: стрессогенное воздействие оказывают не сами события, которые происходят с человеком, а характер их восприятия. Таким образом, влияние стрессовых событий является символическим, оно опосредовано социальным опытом человека и социальным контекстом, в котором они происходят.

История развития психологии здоровья во многом связана с развитием организационной психологии, которая решала задачи повышения производительности труда на крупных предприятиях. Одним из первых крупных

проектов в этой сфере считается знаменитый Хоторнский эксперимент, который был проведен в США в 1930-х годах. Это была серия масштабных исследований, многих тысяч рабочих и руководящего звена крупных предприятий, в ходе которых было доказано, что кроме физических условий среды на производительность труда влияют психологические факторы, в частности социально-психологический климат в коллективе. Были получены достоверные данные о связи, например, социального стресса с производственным травматизмом или уровнем «простудных» (острых респираторных) заболеваний. Хоторнский эксперимент положил начало изучению стресса в организационном поведении, что в дальнейшем во многом стало основой для развития профилактических программ в сфере здоровья.

В конце 1950-х годов на основании результатов серии обследований здоровья работников предприятий космической промышленности в США была разработана инженерная модель стресса. Модель основана на ролевой концепции личности, которая утверждает, что люди ведут себя в соответствии с ролевыми ожиданиями, определяемыми статусами внутри организации. При этом в процессе ролевого взаимодействия могут складываться три основные ситуации, которые приводят к высокому уровню организационного стресса:

- Ролевой *конфликт* (человек выполняет одновременно несколько ролей, и они противоречат друг другу или несовместимы. Чаще других ролевой конфликт переживают менеджеры нижнего звена, которые вынуждены одновременно подчиняться распоряжениям начальства и в требования рядовых специалистов организации, например, мастера производства).
- Ролевая *неопределенность* (отсутствуют четко структурированные ролевые ожидания. В такой позиции оказываются специалисты на должностях с «размытым» функционалом, например, к таким относятся креативный директор, директор по развитию и т.д.).
- Ролевая *перегрузка* (когда к работнику предъявляется требований больше, чем можно реально физически выполнить. Чаще других ролевой перегрузке подвержены руководители организаций и подразделений, особенно в периоды нестабильности).

Можно сказать, что перечисленные три ситуации отражают центральные организационные переменные, от которых зависят все другие социально-психологические показатели в коллективе — организационный климат, эмоциональное выгорание, взаимодействие между руководством и подчиненными, отношения между коллегами, стратегии преодоления конфликтов, удовлетворенность сотрудников от работы и многие другие. Во многом именно

на основании этих трех параметров организационного поведения развивались и до сих пор работают методики диагностики и профилактики стресса в организациях.

Создание наиболее общепсихологической модели стресса, учитывающей роль и эмоциональных, и когнитивных механизмов в его формировании, связано с именами американских психологов Ричарда Лазаруса (1922 – 2002) и его предшественницы – Магды Арнольд (1903 – 2002). В своих исследованиях они исходили из того, что стресс – это эмоциональная реакция, которая, однако, не существует вне когнитивных процессов, без интеллектуальной оценки угрозы. Стресс возникает, если мы воспринимаем что-то в окружающей действительности как угрозу. Восприятие угрозы обусловлено двумя этапами оценки:

а) первичная оценка – непосредственная оценка объективных характеристик угрожающего события (например, летящий на нас автомобиль или расставание с партнером и т.д.);

б) вторичная оценка – оценка человеком своей способности избежать угрозы (например, возможность избежать столкновения с автомобилем или вероятность найти другого партнера получше).

При этом важно отметить, что если вторичная оценка показывает, что шансы преодоления угрозы высоки, то несмотря на любой уровень первичной оценки, реакции стресса не возникнет! Эту модель стресса сам Лазарус называл транзактной, имея в виду, что стресс всегда возникает на грани взаимодействия внутреннего мира человека с его социальным окружением.

Таким образом, стресс в психологии здоровья рассматривается в качестве универсального патогена неинфекционных заболеваний и поведенческих нарушений. Многие исследователи, начиная с Селье, отмечают позитивные эффекты переживаемого стресса, в случаях, когда он помогает мобилизовать организм и психику для преодоления неблагоприятных обстоятельств или достижения каких-то целей. Однако предметом настоящего пособия являются негативные исходы стресса, которые можно обобщить с помощью понятия девиантности, то есть поведения, нарушающего некоторые нормы. В следующем разделе обсуждается феномен девиантного поведения, рассматриваются основные теории девиантности.

Обзор основных теорий девиантности

Вероятным исходом заражения человека какой-либо инфекцией могут стать болезненные симптомы. По аналогии, вероятным исходом переживаемого стресса могут стать изменения в поведении человека, например:

- эмоциональные нарушения (повышенный нейротизм, гиперэмоциональность, obsessions и др.),
- невротическая симптоматика (бессонница, головная боль, дискомфорт в области внутренних органов, повышенная раздражительность, реактивность),
- аддиктивное (зависимое) поведение (алкоголизация, наркотизация, переедание, игромания и т.д.),
- психопатии – личностное расстройство, препятствующее нормальному функционированию человека или патологическое заострение личностных черт,
- функциональные психозы, т.е. обратимые психотические состояния, возникающие под влиянием разных причин, в том числе и эндогенных (но при отсутствии органических нарушений),
- психосоматические заболевания, развивающиеся на фоне переживаемого стресса.

Такие нарушения в поведении болезненно переживаются самим человеком, и могут приводить к изменениям в поведении и его образе жизни, которые начинают приходить в противоречие с нормами общества, в котором человек живет. Такое поведение (от англ. – отклонение) и называют девиантным.

При этом необходимо иметь в виду, что понятие нормы, а, следовательно, и девиантности, очень относительно. Разные общества в разные времена имеют разные представления о норме и отклонениях от нее. Поведение, девиантное в одном обществе, может быть вполне нормальным в другом, и наоборот.

Проводя параллели с биологическими системами, исследователи, по аналогии с мутациями в живой природе, определяют девиантность как форму изменчивости, необходимую для жизнедеятельности и развития общества. Следуя логике научных представлений об эволюции, девиантность является механизмом, обеспечивающим разнообразие поведенческих паттернов в популяции с целью дальнейшего отбора из них наиболее адаптивных. Другими словами, поскольку функционирование социальных систем неразрывно связано с человеческой жизнедеятельностью, отклонения в поведении естественны и необходимы, они служат расширению индивидуального и коллективного опыта. Разнообразие в психофизическом, социокультурном и духовно-нравственном аспектах

человеческого поведения является необходимым условием совершенствования общества и его развития.

Однако поскольку девиантное поведение ассоциировано со многими негативными ментальными конструктами (олицетворением «зла» в религиозном мировоззрении, симптомом «болезни» с точки зрения медицины, «незаконным» с точки зрения правовых норм, «нежелательным» с точки зрения общественных норм), возникла тенденция считать его «плохим».

Вместе с тем, важное замечание относительно девиантного поведения состоит в том, что отклонения от нормы, бывают не только в негативную сторону. Существует понятие позитивных девиаций, которое означает поведенческие проявления, положительно влияющие, как на самого человека, так и на общество в целом. К позитивным девиациям относят, например, одаренность и вообще творческое поведение. Более, того, само по себе прекрасное состояние физического и психического здоровья является девиацией, отклонением от статистической нормы! Подробнее о позитивной девиантности мы поговорим в разделе пособия, посвященном психологии подростков.

Ниже приведен краткий обзор теорий, объясняющих причины девиантного поведения.

1) *Биологические теории* утверждают, что жизнь человека определяют ограничения, связанные с физическим телом. Причинами этих ограничений могут быть:

- *генетически особенности и предрасположенность к нарушениям в поведении или болезням.* Например, врожденный недостаток вырабатываемых организмом собственных (эндогенных) эндорфинов провоцирует человека на поиск аналогов – внешних (экзогенных) опиатов, которые содержатся в наркотиках, изготавливаемых из мака, и таким образом, является фактором риска развития опийной наркомании;

- *нарушения работы головного мозга,* причиной которых могут быть: травмы или серии микротравм головы, повреждения мозга химическими веществами, например, алкоголем, последствия перенесенных вирусных заболеваний, затрагивающих мозг, например, менингита. Подобные нарушения часто проявляются в характерном «огрублении» рисунка поведения человека, психических заболеваниях и в быстром формировании зависимости от опьяняющих веществ.

Исходя из этой группы теорий, требуется своевременное выявление и психокоррекционная и медикаментозная поддержка людей с такими

особенностями. Современные методы диагностики позволяют выявлять склонность к множеству заболеваний даже до рождения ребенка.

2) **Психологические теории** основаны на идее того, что девиантное поведение определяется личностными особенностями человека:

- *невротизацией*, являющейся следствием переживаемых противоречий;
- *неспособностью человека преодолевать жизненные трудности и справляться с источниками стресса* и использования некоторых видов девиантного поведения для снижения уровня нервного напряжения;
- *перенесенными в детстве психологическими травмами или сильными переживаниями*, которые у взрослого человека компенсируются психологической защитой в виде каких-либо девиаций;
- *сниженными способностями к самоконтролю, самостоятельности*, а также слабым чувством ответственности;
- *выученной беспомощностью*: если человек раз за разом терпит неудачу, у него что-то не получается, то дальнейшие попытки сопровождаются чувством страха и снижением мотивации к конструктивному поведению.

Людям с перечисленными признаками требуется своевременная психологическая помощь и поддержка, до того, как эти особенности приведут к серьезным последствиям для здоровья.

3) **Социально-психологические теории** объясняют причины девиантности особенностями общения человека с другими людьми, прежде всего, с ближайшим социальным окружением (семьей, сверстниками, рабочим коллективом).

Теории социального научения состоят в том, что человек перенимает образцы поведения своих родителей, друзей, авторитетов, социальных групп, которым он принадлежит. Причем перенимает человек как хорошее, так и плохое: и образцы здорового поведения, и девиантного. Так, если ребенок растет в криминальной среде, то повзрослев, он и сам, вероятно, станет преступником. Если у подростка в окружении есть потребители наркотиков, он и сам, вероятно, станет их употреблять.

К этой же группе теорий относится идея о том, что девиантности — это результат «запущенности» ребенка и недополученных им при общении со взрослыми компетенций, знаний, убеждений, ценностей, правил и навыков, необходимых для полноценной жизни.

Исходя из этой группы теорий, профилактика девиантности должна быть направлена на создание здоровой среды общения и вовлечения человека в полноценную общественную жизнь.

Теории этикетирования (стигматизации) утверждают, что негативные поведенческие проявления человека могут быть результатом соответствующих ожиданий общества от этого человека. Например, если учителя в школе считают какого-то подростка «трудным», то ему ничего не остается, кроме как продолжать играть свою роль и вести себя как положено «трудному» подростку, потому что его попытки исправиться не будут подкрепляться одобрением и помощью окружающих.

Стигматизации подвержены многие социальные группы, поведение которых, по тем или иным причинам, не считается нормальным для большинства: инвалиды, бездомные, мигранты, гомосексуалисты, проститутки, наркозависимые и т.д. От них ожидают только соответствующего беспомощного или асоциального поведения, и им трудно влиться в полноценную общественную жизнь без поддержки со стороны, даже если они пытаются это сделать.

Исходя из теории стигматизации, общество должно развивать институты социальной защиты, направленные на поддержку «проблемных» представителей общества, чтобы оказывать им профессиональную адресную социальную помощь и возможности для социальной адаптации. Во-многом, готовностью общества заниматься этим и определяется его здоровье.

4) Социологические теории объясняют нарушения в поведении отдельных людей процессами, происходящими в обществе.

Теории социальных изменений. Резкие социальные изменения, всегда сопровождаются «размыванием» общественных ценностей и представлений о норме. Потеря привычного уклада жизни и уровня благополучия для большей части населения оборачиваются значительным стрессом. В такие периоды многие люди оказываются дезориентированными в непривычных для себя общественных и экономических отношениях. Наглядным примером резких социальных изменений может служить недавняя история нашей страны – постперестроечное время и 1990-е годы.

Например, если посмотреть статистику количества лиц с впервые поставленным диагнозом «наркомания» за этот период, можно отчетливо увидеть, что в 1990-е годы оно резко выросло, достигнув своего пика в 2000 году. А потом, когда ситуация в обществе стабилизировалась, их количество пошло на спад. Причем эти рост и спад наблюдались одновременно во всех регионах страны. Это означает, что количество наркозависимых определялось одними и теми же причинами (факторами) во всех регионах одновременно, в данном случае – резкими социальными изменениями. Периоды резких социальных изменений

сопровождает, конечно, не только рост уровня наркопотребления, но и других видов девиантности: негативных социальных явлений, заболеваний и смертности. Впрочем, на фоне общественных перемен растет уровень не только негативных, но и позитивных девиаций: появляются новые лидеры и новые социальные технологии, помогающие приспособиться обществу к новым условиям.

Теории социального неравенства. Эта группа теорий, в основном основанных на марксистских представлениях о классовом обществе, утверждают, что причиной поведенческих отклонений является неравномерное и несправедливое распределение социальных благ. С позиций этого подхода, всю историю человечества можно рассматривать как конфликт между теми немногими, кто контролирует ресурсы, и остальными людьми.

Предполагается, что люди из неблагополучных слоев общества не имеют достаточных возможностей повысить свой уровень жизни и поэтому пренебрегают общепринятыми ценностями и нормами, вынуждены искать неодобряемые обществом пути выживания. Особенно остро конфликт между природной активностью и переживанием недостижимых потребностей проявляется у молодежи. Он толкает ее к экстремизму, асоциальному и криминальному поведению, особенно в обществах с отсутствующими «социальными лифтами».

Теории конфликтов объясняют девиации противоречиями между разными социальными группами и борьбой за ресурсы, статус, политическое, этническое или культурное влияние. Поведенческие отклонения, таким образом, рассматриваются как протест против группы-конкурента. Такое протестное поведение демонстрируют социальные группы, выступающие против глобализации, олигархии, доминантной культуры, чужих религиозных течений, государства как такового и т.д.

Теории социального контроля. Эта группа теорий утверждает, что порядок в обществе поддерживается благодаря институтам социального контроля. Эти институты бывают:

а) формальные (целенаправленно созданные государством) – полиция, суд, пенитенциарная система, здравоохранение, образование и т.д.,

б) неформальные (появившиеся сами собой естественным путем) – семья, общественное мнение, общественное самоуправление, благотворительность, политические партии, инициативные и общественные движения, церкви, клубы и пр.

Каждый социальный институт вносит свой вклад в контроль поведения людей. Вместе с тем, в периоды резких социальных изменений возможности

социальных институтов обычно оказываются ограничены, а их эффективность деятельности снижается. Следовательно, в такие периоды со стороны государства требуются усилия по их реформированию или поддержке с целью сохранения их деятельности, отвечающей новым условиям.

В современном обществе, с одной стороны, наблюдается ослабление роли традиционных институтов социального контроля (общественного мнения, морали, коллективной ответственности, традиционных ценностей, культуральных норм). С другой стороны, возрастает роль индивидуальных механизмов контроля поведения: персональной ответственности за свое поведение, понимание ценности внутреннего мира человека и свободного личного выбора своей судьбы, независимости и самостоятельности.

Исходя из социологических теорий, на минимизацию негативной девиантности в обществе мы можем рассчитывать, только когда общество станет достаточно благополучным, стабильным, без выраженных внутренних конфликтов, со справедливыми механизмами распределения социальных благ и с эффективными институтами социального контроля. Таким образом, состояние общественного здоровья, в конечном счете, зависит от каждого человека, от его усилий по реализации своих гражданских прав и участию в политической и общественной жизни.

Какая же из перечисленных выше теорий верная? В чём состоит практический смысл ориентироваться в этих теориях? Считается, что все эти теории верны, и какую бы профилактическую программу мы ни планировали, на её целевую аудиторию одновременно действуют все факторы, указанные во всех этих теориях. Однако в каждом конкретном случае, какие-то из этих факторов будут значимыми и первостепенными, а какие-то второстепенными или вообще несущественными. Поэтому при планировании профилактической программы важно определить, какие именно факторы в большей степени определяют девиантность конкретной группы «риска», которая нас интересует. Потому что именно на эти значимые факторы и должна быть нацелена профилактическая программа. Подробнее о процедуре планирования профилактической программы рассказано в разделе «Разработка профилактической программы» настоящего пособия.

2. РИСКИ И РЕСУРСЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Подростковая девиантность

Этот раздел пособия посвящен психологии подростков, поскольку именно они являются объектом большинства профилактических программ в сфере здоровья. Как было сказано выше, девиантность, с точки зрения социологии — это естественный механизм, обеспечивающий поддержание разнообразия поведения в обществе. При этом подростковая субпопуляция является наиболее динамичной его частью. Фактически так называемый «конфликт поколений» состоит в том, что подростки по естественным причинам склонны экспериментировать с новыми формами поведения, которые несвойственны старшим поколениям. Наиболее успешные формы поведения закрепляются и остаются в опыте всего общества, когда подростки сами становятся взрослыми. Таким образом, человеческая история создавалась людьми, которые совершали географические и научные открытия, развивали новые технологии и типы социальных отношений, создавали великие произведения искусства, в итоге меняя образ жизни общества и расширяя его жизненное пространство. Этот феномен получил в социологии название позитивной (или положительной) девиантности. Впрочем, поведение таких людей далеко не всегда одобряется обществом, потому что оно, как и в случае негативных девиаций, часто связано с нарушением общепринятых норм.

Под подростковой девиантностью обычно подразумеваются негативные поведенческие проявления, часто представляющие угрозу и обществу, и самому подростку. Вместе с тем, концепция позитивной девиантности исходит из предположения, что поведенческие нарушения у подростка формируются при недостатке условий для реализации естественной поведенческой активности. К таким условиям относится всё, что определяет успешность социализации человека: достаточный эмоциональный контакт в семье, эффективно организованный учебный процесс в школе, широкие возможности удовлетворения исследовательских и творческих интересов и выстраивания желаемой карьеры, наличие позитивного круга общения и т.д. Именно недостаток или отсутствие таких условий может трансформировать естественную активность подростка в саморазрушающее поведение.

Можно сказать, что главная стратегия профилактики подростковой девиантности заключается в помощи подросткам в канализации их природной активности в безопасное и конструктивное русло. Исключительно запрет подростковой активности всегда означает вмешательство в работу

их эмоционально-волевой сферы, что в перспективе может привести к снижению интереса подростка к жизни в целом.

Ниже представлена характеристика основных форм девиантного поведения, представляющих наибольшую угрозу здоровью и жизни самих подростков, и социальному благополучию общества в целом. Хотя молодежное поведение «риска» имеет в России еще и отчетливую территориальную неоднородность, условно можно говорить о следующем порядке значимости видов угрожающего здоровью поведения, присущего современной российской молодежи:

- аддиктивное поведение, т.е. алкоголизация, выступающая фактором риска заболевания алкоголизмом;
- наркотизация, выступающая фактором риска заболевания наркоманиями и ВИЧ–инфицирования;
- табакокурение, выступающее фактором риска онкологических заболеваний верхних дыхательных путей и потенцирующее повреждающее влияние на здоровье широкого круга генетических и средовых факторов;
- самоповреждающее и суициальное поведение, выступающее фактором «риска» травматизма вплоть до летального исхода;
- криминальное поведение, связанное с насилием (в т.ч. психологическим), выступающее фактором «риска» травматизма;
- сексуальное поведение в вариантах сексуальной распущенности, небезопасных и коммерческих сексуальных контактов, выступающее фактором риска заболевания ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем, а также подростковых беременностей;
- нерациональное пищевое поведение, выступающее фактором формирования избыточного веса или заболевания анорексией, а также фактором «риска» для хронической желудочно–кишечной патологии;
- низкая физическая активность (гиподинамия).

Подростковая девиантность традиционно привлекает к себе повышенное внимание не только широкой общественности, но и исследователей. Во всем мире ежегодно проводятся тысячи исследований подростковой девиантности, их результаты обсуждаются в литературе, ниже приведены некоторые из них (по Гурвич и др., 2013).

Влияние окружения. Теории девиантного поведения подростков подчеркивают важность социализации – процесса, через который проходит каждый взрослеющий человек. Среда, в которой проходит социализация подростка, во многом определяет ее исход: удачно ли адаптируется подросток к требованиям

«взрослого» общества или выберет «девиантную карьеру». Таким образом, проблема состоит не в том, чтобы оградить подростка от влияния групп сверстников, без такого влияния подросток не сможет успешно развивать свои социальные навыки, а в том, чтобы окружение подростка не было девиантным.

Однако подросток не всегда растет в позитивном окружении. Некоторые территории, особенно находящиеся вдали от крупных городов, не предоставляют подростку благоприятных условий для развития. Вместе с тем, некоторые авторы полагают, что тесные дружеские связи влияют на формирование личности подростка не менее сильно, чем широкое социальное окружение. И даже один «позитивный» друг может значительно смягчить влияние девиантного окружения. Хотя это правило действует и в противоположном направлении. Если в позитивном окружении подростка есть один близкий криминальный друг, то вероятность криминальной карьеры также возрастает.

Влияние семьи. Теории, описывающие влияние семьи на формирование девиантного поведения подростка, используют такие понятия как родительский контроль, дисциплина и надзор, с одной стороны, и привязанность, близость, понимание или отчуждение, с другой. Исследования влияния семьи на подростка рассматривают роль и значимость каждого из этих факторов. Обобщение многочисленных исследовательских данных позволяет утверждать, что максимальным ресурсом, защищающим подростков от формирования девиантного поведения или негативного влияния девиантного окружения сверстников, обладает традиционная семья с обоими родителями, достаточными эмоциональными связями и адекватным уровнем контроля. В таких семьях дети имеют возможность открыто общаться с родителями по поводу своих переживаний и могут рассчитывать на ответное внимание и интерес. Наличие сестер и братьев обычно препятствует развитию тяжелых форм девиантного поведения, способствует развитию коммуникативных навыков и повышает шансы на устойчивый статус в группе сверстников. Достаточное время для общения, сбалансированные отношения и справедливое распределение обязанностей в семье составляют ее профилактический потенциал.

Напротив, семьи с ослабленными эмоциональными связями между родителями и детьми, с низким или наоборот, неоправданно высоким уровнем контроля в меньшей степени защищают подростка от внешних негативных влияний. Очевидно, что родители-одиночки испытывают больше трудностей, чем обычные семьи. Они не располагают достаточными экономическими ресурсами, не могут проводить много времени с детьми и обеспечивать должный контроль их поведения.

В семьях с замещенными родителями (отчимом или мачехой) дети обычно испытывают проблемы с установлением эмоциональных связей и часто переживают обиду из-за случившегося развода или из-за ограниченного доступа к родителю, ушедшему из семьи. Дети из таких семей часто демонстрируют агрессивность и криминальное поведение.

Подростки, которые живут в традиционной расширенной семье с родителями, бабушками и дедушками, нередко находятся в ситуации неадекватно завышенного контроля. У таких подростков часто формируется негативное отношение к любым проявлениям социального контроля и как следствие повышается вероятность формирования тяжелых форм девиантного поведения.

Самооценка как фактор девиантного поведения. Самооценка – одна из центральных категорий в социальной психологии, с помощью которой можно объяснить многие поведенческие феномены, в том числе и девиантное поведение. Основная гипотеза здесь состоит в том, что подростки совершают девиантные поступки, пытаясь получить или восстановить самоуважение. Поиск самоуважения и признание в глазах своего окружения – естественный мотив, особенно для подростков. Но этот мотив может находить асоциальные способы выражения, особенно если в окружении подростка есть девиантные сверстники. Часто подростки вовлекаются в девиантное поведение не потому, что оно им нравится, а потому что оно способно поднять их статус в девиантной группе и соответственно поднять самооценку.

Опыт пережитого насилия. Реальность жизни в современном мире состоит в том, что дети и подростки часто оказываются подвержены насилию – физическому, психологическому, сексуальному или их сочетанию. Травмы, полученные в результате насилия, независимо от его характера, могут иметь длительное и глубокое влияние на жизнь подростка. Многочисленные исследования продемонстрировали четкую взаимосвязь между пережитым опытом виктимизации молодых людей и различными проблемами в их дальнейшей жизни, в том числе психических расстройств, наркомании, нарушении социальных отношений, самоубийства и преступности. Основной вывод исследований состоит в том, что девиантное поведение для части подростков является способом компенсировать недостаток самоуважения после перенесенного насилия того или иного вида.

Таким образом, причинами негативного девиантного поведения подростков чаще всего выступают: особенности воспитания в семье, влияние сверстников, низкая самооценка, перенесенное насилие или жестокое обращение. Печальной

реальностью является то, что многие из этих факторов часто действуют одновременно. Подросток, который живет в трудных условиях, также может иметь низкую самооценку и сталкиваться с многочисленными препятствиями в жизни в очень молодом возрасте.

Исследователи сходятся в одном – в том, что девиантное поведение – сложный феномен, и нет какой-то единой причины, по которой одни подростки «упрощают» свое поведение – становятся агрессивными или апатичными, обращаются к алкоголю или наркотикам, совершают правонарушения и преступления, в то время как другие подростки в таких же условиях способны мобилизовать свои ресурсы и организовать свою жизнь позитивным образом.

Некоторые ответы относительно подростковой девиантности содержатся в особенностях психологии подростков, в частности феномене кризиса подросткового возраста, о котором пойдет речь ниже.

Подростковый кризис и ресурсы здоровья

С наступлением половой зрелости молодое поколение у всех высокоразвитых видов животных (от птиц до приматов) проходит подростковую стадию. Молодые особи отчуждаются от взрослых и обособливаются в кругу своих сверстников. Так действуют инстинкты – врождённые поведенческие программы, заставляя детей начинать самостоятельную жизнь. Интересно, что у животных именно молодёжь проявляет инициативу к распаду семьи, подростки начинают инстинктивно проявлять такое поведение, которое становится нестерпимым для взрослых. Похожие врождённые инстинкты действуют и у человека.

Однако с тех пор, как человек преодолел животное состояние, произошли два важных изменения. Во-первых, сегодня человечество представляет собой несравненно более сложное, чем у животных, сообщество, к жизни в котором подросток должен успеть адаптироваться. А во-вторых, человек увеличил срок заботы о своём потомстве. Ведь для того, чтобы передать следующим поколениям весь багаж знаний, умений и навыков, необходимых для адаптации в сложном человеческом обществе, требуется много времени.

Поэтому взросление и самостоятельность детей наступают значительно позже их биологической зрелости. Современные подростки остаются полностью зависимыми от родителей юридически, территориально и материально. Дети не могут просто так покинуть родительскую семью только из-за возникших трудностей общения. Поэтому, когда инстинктивная программа распада семьи начинает действовать у человека, она порождает вечную «проблему отцов и детей».

Ниже кратко описаны основные врожденные программы, «включающиеся» в подростковом возрасте. Важно подчеркнуть, что, с одной стороны, являясь инстинктивной основой подростковой девиантности, эти поведенческие программы, доставляют беспокойство взрослым, но с другой стороны, имеют большой адаптивный смысл и повышают шансы подростков на успешную жизнь во взрослом обществе (по Дубровский, 2015).

Формирование общественной иерархии. Главная задача подросткового развития – освоение законов социальной иерархии, которые действуют во взрослом обществе, и понимание комфортной для себя роли в этой иерархии. Почему иерархию выгоднее начинать формировать в подростковом, а не во взрослом возрасте? Потому что меньше опасность серьезных ранений или гибели соперников в случае споров и конфликтов. Обычно в животном мире подростки, в отличие от взрослых, ещё не умеют наносить друг другу серьезные травмы, их потасовки сравнительно безопасны.

Формирование самостоятельных групп из молодых особей особенно важно для стайных животных, имеющих постоянный ареал обитания (которыми были и предки современного человека). Проблема в том, что на одном месте доступная еда всегда ограничена. При перенаселённости её становится слишком мало. А молодые и сплочённые коллективы, по сути банды, – отличный инструмент для вытеснения соседних племён и расширения своего жизненного пространства.

Именно перенаселённость и недостаток еды были причиной большинства войн, географических открытий и переселений народов в истории человечества. И совершались они коллективами, состоящими в основном из молодёжи. По тому же принципу формируется и современная армия – она состоит из молодых мужчин, только перешагнувших подростковый возраст и инстинктивно наиболее готовых к военной иерархии, дисциплине и боевым действиям.

Поведенческая программа формирования социальной иерархии в современных условиях необходима для, например, организации командной работы с подростками: освоения статусов и социальных ролей в команде, умения работать на общую цель, получения навыков руководства и исполнения. Вместе с тем, негативная сторона этой поведенческой программы состоит в опасности формирования иерархии, связанной с насилием, в подростковых коллективах виде криминальных «банд» или буллинга и травли в классе. Поэтому бесспорная роль взрослых – родителей и педагогов состоит в канализации тенденции формирования иерархических отношений в подростковом коллективе в какое-то конструктивное русло.

Дружба и клубы. Сплочённость подростковых коллективов была бы не очень устойчивой без инстинкта дружбы. Благодаря дружбе подростки образуют устойчивые компании, в которых важна не иерархия, а проведение времени вместе. Этологи называют такие компании клубами, имея в виду и животных. Суть клуба состоит в том, что подростки собираются вместе и уединяются от взрослых особей. Подростки не могут объяснить, почему им так хочется без всякой видимой цели бродить по улицам или собираться вместе – в квартирах, на площадках и в разного рода укрытиях. Сегодня роль таких убежищ от взрослых выполняют собственно клубы, бары, дискотеки и кафе.

Подростки начинают стесняться вербальных и тактильных выражений любви со своими родителями. В то же время подростка тянет в компанию сверстников, которые теперь становятся главным кругом общения. Там они начинают применять навыки социализации на практике – впервые заводят собственный круг знакомств независимо от взрослых и учатся выстраивать отношения в группе: приобретают социальный статус, осваивают социальные роли. В своей компании подростки удовлетворяют одну из базовых потребностей человека – принадлежности к группе, которая в этом возрасте для них предстаёт маленькой моделью всего общества. Именно поэтому подростки обычно очень болезненно реагируют на неудачи и неодобрение со стороны других сверстников.

Таким образом, тяга к новым знакомствам и установлению собственных горизонтальных связей среди сверстников важна для нормальной социализации подростка. Вместе с тем, подросткам зачастую становится важно само по себе нахождение вместе со сверстниками. Они могут пренебрегать ощущением или пониманием, что их новая компания им самим не нравится, и незаметно для себя перенимать ценности, привычки и модели поведения, на которые бы они сами не согласились, посмотри они вовремя на себя со стороны. Поэтому одной из задач профилактического вмешательства может быть формирование объективного и критического отношения к себе и к окружающим.

Демонстративное поведение – инстинкт, который требует вести себя так, чтобы на подростка обратили внимание, запомнили, узнавали. Кому-то удаётся прыгнуть дальше всех или стать победителем всех олимпиад по физике. Но большинству подростков остаётся выделяться чем-нибудь попроще: внешним видом, неожиданными поступками или странными идеями. Главное – сделать что-то, чего не делают другие сверстники. Хотя бы начать курить раньше остальных.

Одна известная исследовательница поведения шимпанзе в природе описала забавный случай, когда молодой, ничем не выделявшийся самец нашёл пустую канистру и стал по ней громко стучать. Владелец престижной шумной новинки этим резко повысил свой статус среди молодых шимпанзе. Однако свой престиж таким образом можно поддерживать, только пока остальные не обзаведутся такой же вещью или не освоят новое действие. А это происходит очень быстро. И поэтому инстинкт демонстрационного поведения крайне важен для распространения новых знаний и навыков среди подростков. Ведь он толкает их не только на безрассудные, но и на полезные поступки. Чем и пользуются хорошие родители, педагоги и психологи, обучая подростков способам повышать свой статус среди сверстников с помощью полезных навыков. При этом они с пониманием относятся к попыткам подростков носить яркую одежду, красить волосы и т.д., помня, что долго такие демонстративные привычки не живут.

Громкая музыка. Любовь подростков к громкой музыке и коллективным кричалкам на стадионе берёт свое начало в голосовых соревнованиях обезьян в тропическом лесу. Цель такого демонстративного поведения — показать соседним группам мощь и единство своей группы. После участия в демонстративном шуме каждый чувствует себя увереннее, особенно если его группа перекричала соседние. В ритмичном грохоте, выкрике, топоте и движении боевой группы мужчин хорошо видна её прародительская основа. Во второй половине XX века впервые в истории человечества громкие музыкальные инструменты и средства воспроизведения звука массово и бесконтрольно со стороны взрослых оказались в руках подростков. И конечно, они этим сразу воспользовались. Когда-то громкая музыка доставляла много беспокойства взрослым. Сегодня выросшие подростки сделали рок-музыку частью мировой культуры.

Риск, творчество и романтика. Нетрудно заметить, что подростки и молодёжь склонны к рискованному поведению больше, чем взрослые. Под рискованным поведением обычно понимают правонарушения и преступления, употребление наркотиков, травмоопасные развлечения и виды спорта, и другие проявления, представляющие угрозу для здоровья и жизни. Согласно статистике совершаемых преступлений, самый «рискованный» возраст — 15-20 лет. Потом человек обычно «остепеняется», его поведение становится нормальным, таким же, как и у большинства взрослых людей.

Интересно также заметить, что возраст выдающихся людей, в котором они делают свои главные открытия в науке или создают шедевры искусства, занимаются инновациями, создают новые социальные технологии, занимаются

просоциальной деятельностью — благотворительностью, волонтерством и т.д. колеблется около 25-35 лет. Но ведь такие достижения случаются не вдруг, а только после многих лет работы. То есть основные усилия талантливые люди совершают уже в 15-25 лет. И этот же возраст — главный период жизни для романтики и поиска брачного партнера. Таким образом, получается, что интерес к рискованному поведению, творческой деятельности и противоположному полу проявляется примерно в одно и то же время. И это неспроста. Объяснение такому совпадению нам даёт биологическая теория полового отбора. Она утверждает, что в целях привлечения наиболее подходящего брачного партнёра люди, и особенно мужчины, используют все имеющиеся у них таланты. В древние и опасные времена девушки выбирали мужчин за их готовность с риском для жизни защищать будущее потомство. По мере гуманизации человеческого общества девушки начали больше ценить в мужчинах их ум и творческие способности, в большей мере необходимые для выживания потомства в современном мире.

Играя громкую музыку или исследуя в составе своей «банды» территорию ближайшей стройки, подросток, с одной стороны, по-прежнему остается современным разумным человеком, а с другой стороны, он охвачен древним инстинктом и извлекает из него первобытное наслаждение. Помочь подросткам преодолевать возраст «банд» в игровой форме, не давая проявляться жестокости, вандализму, опасным и криминальным поступкам — это несомненная и ясная обязанность взрослых. Все инстинктивные проявления подростка могут быть с не меньшим для него удовольствием реализованы в той или иной социально приемлемой форме: в подростковых клубах, туристических группах, исследовательских и театральных кружках, спортивных или интеллектуальных командах. Инстинкты подростков необходимо сделать не врагами, а помощниками воспитательного процесса и профилактических программ в сфере здоровья.

Окончание подросткового кризиса знаменуется важным качественным изменением в жизни человека, который психологи называют *сепарацией*. Сепарация состоит в преодолении, с одной стороны, самим подростком, а другой, его родителями особой эмоциональной связи между ними, которая была необходима в детстве. Эта связь называется *эмоциональной зависимостью*, поскольку «заставляет» ребенка и родителей тонко реагировать на смены настроения друг друга. Такая эмоциональная связь врожденная и важна для того, чтобы взрослые заботились о ребенке, а ребенок, в свою очередь, быстро выполнял действия, которые от него требуют родители, что было особенно важно в древние времена.

Окончание подросткового кризиса открывает возможность для формирования между детьми и родителями взрослого типа эмоциональной связи – взаимного интереса и дружбы. Важное отличие от детской эмоциональной зависимости состоит в том, что теперь подросток чувствуют собственную полную ответственность за свои действия и свою судьбу. А родители чувствуют свой «родительский долг» выполненным и предоставляют право совершать ошибки и преодолевать их последствия ребенку самостоятельно. При этом влияние родителей и сверстников на подростков не исключают друг друга. Наибольшие шансы на успешное преодоление подросткового кризиса имеют молодые люди, у которых есть одновременно устойчивые эмоциональные связи и с группой сверстников, и со своими родителями. Идеальной является ситуация, когда родители юноши или девушки дружат с его или её компанией и могут проводить время вместе, просто потому что им хорошо друг с другом.

Нереализованная сепарация, с другой стороны, формирует серьёзные риски для психологического благополучия подростка в будущем: конфликтных или отстранённых отношений с родителями, незрелых и несчастных собственных романтических отношений, характерных ошибок воспитания собственных детей. Конфликтные или отстраненные отношения с родителями являются важным предиктором практически всех проблем, с которым обращаются подростки, особенно таких тяжелых, как самоповреждение, суицидальное поведение, наркопотребление.

Диагностика подростковой девиантности

Обзор диагностических методик подростковой девиантности

Наиболее точные сведения о нарушениях поведения человека, как известно, дает клинико-психиатрическое обследование, которое проводит психиатр или медицинский психолог. Однако оно имеет существенные ограничения. Во-первых, клинико-психиатрическое обследование законодательно приравнено к оказанию психиатрической помощи и поэтому может производиться только при специальном согласии родителя или представителя ребенка. Во-вторых, клиническое обследование занимает значительное время и поэтому фактически может применяться только к очень ограниченному количеству подростков. В-третьих, проведение такого обследования требует наличия соответствующей квалификации. Поэтому у различного профиля практиков, работающих с подростками, возникла потребность в диагностическом инструментарии, который можно было бы использовать самостоятельно

без врачебной квалификации и быстро охватывать большое количество подростков.

Социологам нужны опросные методики для описания распространённости (эпидемиологии) тех или иных явлений в подростковой и молодежной среде. Психологам и социальным педагогам требуются тесты, чтобы иметь формальные основания для определения проблем в поведении подростков. Комиссиям по делам несовершеннолетних необходимы точные оценки разных аспектов жизни подростка для вынесения обоснованных постановлений. Социальным службам необходимы надежные сведения для планирования реабилитационных мер для подростков, совершивших правонарушения или оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Судам необходимо выносить адекватные решения и приговоры, которые были бы направлены не столько на наказание, сколько на помощь в исправлении поведения подростка.

В соответствии с целями и логикой структуры профилактики система диагностики подростковой девиантности имеет поэтапную воронкообразную структуру – от методов, охватывающих подростковую субпопуляцию в целом до оценки отдельных индивидов. Сегодня в мире действует несколько межнациональных социально-медицинских проектов, посвященных здоровью подростков, активно используются десятки общепринятых стандартизированных психологических тестов для диагностики самых разных видов поведенческих нарушений. И спрос на такие методики сегодня стремительно растет. Опыт их применения постоянно обобщается, методики совершенствуются, специализируются под частные задачи, уточняются их оценочные нормы.

В качестве примеров межнациональных исследовательских проектов по изучению состояния здоровья и распространенности различных видов девиантности в молодёжной среде, получивших всеобщее признание, можно привести следующие: «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC), «Европейские школьные исследования по алкоголю и наркотикам (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), Мониторинг будущего (Monitoring the Future), Национальное наблюдение наркопотребления и здоровья (National Survey on Drug Use and Health, Система наблюдения за рискованным поведением молодежи (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS) и другие. Подобные опросные методики проводятся по случайной репрезентативной выборке на условиях анонимности и безопасности респондентов. Кроме понимания состояния здоровья в исследуемой молодежной субпопуляции они дают возможность подробно охарактеризовать группы риска. Выявленные, таким образом, характеристики групп риска дают

основание для дальнейших диагностических шагов – создания оценочных методик, относящих конкретных подростков к той или иной группе риска по поведенческим или социально-демографическим признакам.

Такие методики, называемые скрининговыми, применяются с целью раннего выявления («отсева») конкретных подростков для оказания им адресной профессиональной, в первую очередь, психологической помощи. Важно подчеркнуть, что такие методики позволяют определить не просто факт случившегося проблемного поведения, но и прогнозировать риск формирования проблемного поведения, до того, как оно фактически произошло, например, употребление наркотиков!

Обычно такие скрининговые методики состоят из небольшого количества вопросов, направленных на изучение конкретной проблемы. Они используются либо для проведения исследования в группе, либо в ходе первичного индивидуального приема у психолога для уточнения степени тяжести проблемы. В качестве примеров таких методик можно привести: «Подростковый вопросник по химической зависимости (Adolescent Chemical Dependency Inventory, ACDI), «Тест на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя» (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT-C), «Пакет криминального цикла» (Crime Cycle Package, CCP), «Скрининговый тест злоупотребления наркотиками» (Drug Abuse Screening Test, DAST) и многие другие.

В некоторых случаях используются методики вторичного скрининга, когда оценочный лист заполняется не подростком, как в случае социологических опросов и скрининговых тестов, а специалистами, с которыми подросток так или иначе контактирует: психологом, классным руководителем, социальным педагогом, психиатром, сотрудником полиции и т.д. Примером такой методики является «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (Assessing Risk and Need in Youthful Offenders, RNA). Такие методики дают возможность всесторонней оценки поведения подростка и факторов, влияющих или способных повлиять на него, – семьи, социальной ситуации, прошлого опыта, психического и физического здоровья, опыта криминализации и т.д. Такая комплексная оценка обычно проводится специалистом, который заполняет соответствующий бланк (ответный лист) на конкретного наблюдаемого подростка. Методика требует сбора большего объема индивидуальных данных, которые могут включать себя психологическое тестирование, клиническое интервьюирование, получение записей из других учреждений и консультирование с другими экспертами, наблюдающими подростка. Таким образом, процедура оценки используется только

в отношении ограниченной группы подростков, выявленной ранее в ходе первичного скрининга или определенной какими-то другими средствами, как проблемная. Они применяются, как правило, к подросткам с выраженным девиантным и делинквентным поведением и служит для формирования индивидуального терапевтического маршрута, который часто рассматривается как альтернатива уголовного наказания (Гурвич, 2013).

Главным достижением современных диагностических методик является акцент не только на оценке риска, но и на оценке потребностей подростка. Разграничение понятия риска (risk) от понятия потребностей (needs) при проведении оценки подростка отражает базовую концепцию современной системы ювенальной юстиции, которая направлена на вынесение решения в отношении подростка, основанного на терапевтической, а не репрессивной стратегии. От точности оценок, получаемых в результате диагностики девиантного поведения, зависит точность выбора видов помощи подростку, которые должны быть направлены на преодоление именно тех причин, которые наносят очевидный вред здоровью подростка или привели его к конфликту с законом.

Диагностика подростковой девиантности в образовательной организации

В условиях образовательной организации возможно использование нескольких методов выявления и диагностики психологических проблем учащихся. Важно помнить, что в любом случае психологическое сопровождение несовершеннолетним оказывается при условии подписания информированного согласия на это родителей или иных представителей ребенка. Обычно такое согласие подписывается в начале обучения ребенка в образовательной организации. При этом оно должно включать в себя достаточно подробные пояснения о видах доступной помощи. Ниже представлено описание вариантов такой диагностики.

1) Свободное обращение. На базе организации ведется прием психолога, осуществляющего индивидуальные психологические консультации. Важным условием модели свободного обращения является информированность о такой возможности учащихся и их родителей. Недостатком такой модели можно считать исходно низкий уровень самостоятельных обращений со стороны детей, причинами чего могут быть недостаточное информирование о работе психологического кабинета, негативный прошлый опыт обращения к психологу, недоверие к специалистам-психологам, низкий уровень психологической культуры в обществе, страх перед стигматизацией и т.д. Инициаторами обращения могут быть как сами дети, так и их родители.

2) Психологическое скрининговое тестирование. Такие методики – это обычно короткая исследовательская процедура, применяемая для первичного выявления детей, имеющих высокий риск поведенческих нарушений. Такой скрининг обычно не позволяет делать диагностические заключения, но предназначен для изучения групп учащихся и отбора из них отдельных детей, которым требуется более развернутая оценка, внимание специалистов или полноценная профессиональная помощь.

Скрининговые психологические тесты заполняются самими детьми. Время на заполнение может колебаться от 5 до 30 минут в зависимости от объема требуемой от подростка информации. В любом случае, скрининг проводится по стандартизированной методике, предназначенной для сбора определенной информации. Предметом таких методик могут быть такие поведенческие характеристики как: уровень тревожности и переживаемого стресса, уровень нервно-психического напряжения, социометрический статус, уровень самооценки, взаимоотношения и т.д.

Сильной стороной скринингового тестирования можно считать возможность полного охвата учащихся образовательной организации и возможность сравнения и обобщения результатов тестирования с другими организациями, в которых оно проводится. К недостаткам такого метода относятся значительные временные затраты на проведение тестирования. Также к недостаткам этого метода следует отнести невысокую надежность психологических тестов в целом.

3) Наблюдение. Метод основан на идее того, что психологические проблемы учащихся образовательной организации обычно имеют внешние проявления, которые хорошо заметны окружающим. А педагоги, воспитатели или вожатые детских образовательных центров являются специалистами, в поле зрения которых дети находятся больше всего. Разумеется, персонал образовательной организации может обращаться к психологу по поводу тревожащих проявлений у учащихся и в рамках модели свободного обращения. Но такая инициатива не входит в функциональные обязанности педагогического состава, и как правило, подобные обращения к психологу со стороны педагогов случаются, только если ребенок мешает учебному процессу. Метод наблюдения относится к слабо, но тем не менее формализованным процедурам. Процедура может предусматривать наблюдение педагогами заданных поведенческих проявлений, формализованный периодический сбор и обобщение этих наблюдений, статистический анализ результатов наблюдений. В приложении 1 приведена примерная схема наблюдения учащихся, которая может быть реализована в условиях образовательной организации.

3. ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОЙ ДЕВИАНТНОСТИ

Структура профилактики подростковой девиантности

Выше в разделе этого пособия о позитивной концепции здоровья и различиях между инфекционными и хроническими заболеваниями обсуждалась биомедицинская модель профилактики, включающая в себя первичное, вторичное и третичное звено. Там же обсуждались причины, по которым эта модель не вполне достаточна для описания структуры профилактики хронических заболеваний. По этим же причинам в 1980-е годы была разработана модель профилактики психических заболеваний, которая впоследствии получила свое признание также в отношении многих других нарушений поведения. В отличие от биомедицинской модели, в ней детализировано звено первичной профилактики – сделан акцент на «предболезненных» состояниях и важной роли поведения человека в формировании болезни (Gordon, 1987). На этой модели сегодня основаны методические документы Всемирной организации здравоохранения, посвященные профилактике негативных явлений в подростковом поведении, например, наркомании, суицидального поведения и т.д. Модель включает в себя три звена профилактики (которые в совокупности относятся к первичному звену профилактики в общемедицинском смысле). Применительно к тематике подростковой девиантности модель выглядит следующим образом.

Универсальная профилактика (Universal prevention) направлена на всю подростковую и молодежную субпопуляцию и может ставить своей целью: формирование мотивации к здоровому образу жизни, укрепление психического здоровья, информирование о вреде тех или иных видов поведения «риска», формирование политики средств массовой информации в сфере общественного здравоохранения, повышение доверия к профессиональной помощи в сфере охраны физического и психического здоровья и т.д.

Селективная профилактика (Selective prevention) адресована группам «риска» внутри подростковой субпопуляции, выделенные по каким-то признакам, например:

- учащиеся, состоящие на внутришкольном учете или учете в КДН и ЗП;
- дети, перенесшие травму или жестокое обращение;
- дети с высоким уровнем нервно-психического напряжения;
- подростки, относящие себя в каком-то контр-культурам;
- подростки, вероятно употребляющие алкоголь и табак;
- учащиеся с низкой успеваемостью;
- дети семей мигрантов и т.п.

Индивидуальная профилактика (Indicated prevention) нацелена на отдельных представителей уязвимых групп, её смысл состоит в раннем выявлении лиц с выраженными признаками поведения «риска» и своевременном оказании им профессиональной помощи, в первую очередь, психологической.

Охарактеризуем эти звенья профилактики, применительно к образовательной организации более подробно.

Технологии формирования позитивного мышления и принципов здорового образа жизни

В настоящем разделе представлены технологии формирования позитивного мышления и принципов здорового образа жизни, сгруппированные согласно логике звеньев профилактики подростковой девиантности.

1) Универсальная профилактика (Universal prevention)

Самое неспецифическое звено профилактики, то есть несвязанное с какой-то конкретной проблемой, а направленное на формирование устойчивости к рискам для здоровья в целом. Ниже приведены направления и техники вмешательства, которые могут использоваться в рамках звена универсальной профилактики.

Информирование подростков и молодежи о реализуемых в образовательной организации программах в сфере здоровья с целью:

- повышения доверия учащихся к руководству школы и специалистам, занятых в профилактических программах: психологам, медицинским работникам, педагогам, социальным педагогам, службе медиации, и т.д.,
- роста спроса на профессиональные услуги в сфере здоровья,
- мотивирования учащихся к участию в профилактических программах.

Формирование в подростковой и молодежной среде норм здорового поведения. И взрослые, и тем более подростки, зачастую безответственно относятся к своему здоровью, либо занимаясь самолечением, либо откладывая визит к специалистам. Особенно, если речь идет о социально неодобряемых проблемах и заболеваниях, когда обращение за помощью сопряжено с различного рода страхами. Цель этого направления — в повышении психологической грамотности и информировании о доступных программах медицинской, психологической или социальной помощи и снижении «психологического барьера» у подростков перед обращением к специалистам. Работа в этом направлении может быть реализована через средства социальной рекламы и просветительские мероприятия.

Информирование о видах поведения, наносящих ущерб здоровью. Смысл этого направления состоит в повышении информированности подростковой и молодежной субпопуляции в целом об актуальных рисках для здоровья. Информирование может осуществляться с помощью любых просветительских мероприятий и через любые носители социальной рекламы. Разрабатываемые и публикуемые материалы должны быть адресованы конкретным целевым аудиториям с понятным и актуальным для них наполнением. При этом материалы должны публиковаться в том виде, и через те способы подачи информации (каналы), которые являются наиболее доступными для представителей целевых групп.

Развитие адаптивных навыков, необходимых подросткам для социализации и преодоления жизненных проблем.

а) *Подготовка лидеров подростковых групп* основана на идее, что на поведение подростков, которые, как известно, противопоставляют себя «взрослому» обществу (*доминантной культуре*), лучше всего влияют сами подростки, причем те из них, которые обладают выраженными лидерскими качествами. Следовательно, профессиональная помощь этим лидерам в формировании позитивных ценностей, психологических качеств и необходимых навыков для будущей жизни будет неизбежно влиять на подростковую среду в целом. Лидеры молодежной среды могут влиять на сверстников и доносить до них профилактическую информацию. Организацией подобных программ, которые называют «Равный — равному» (*peer-to-peer education*) обычно занимаются молодежные волонтерские движения и общественные организации, с привлечением профессиональных психологов.

б) *Формирование жизненных навыков.* Считается, что качество жизни подростков и молодежи определяется уровнем их компетентности в решении жизненных проблем. А также — наличием таких важных навыков и умений, как способность принимать решения, брать на себя ответственность, формулировать цели, критически мыслить, прогнозировать последствия своего поведения, разрешать конфликты, противостоять внешнему давлению, эффективно общаться, помогать сверстникам и многим другим. Считается, что без развития этих навыков никакие программы по профилактике поведенческих нарушений не будут достаточно эффективными.

Программы по формированию жизненных навыков могут быть направлены либо на общее развитие адаптивного поведения, либо на противодействие конкретным поведенческим нарушениям, например, наркотизации, курению,

алкоголизации и т.д. Такие программы могут быть интегрированы в школьные программы основного или дополнительного образования, либо реализовываться психологами в режиме групповой или индивидуальной работы. При этом многие педагоги-психологи, работающие в системе образования, обоснованно считают, что изучение психологии должно быть включено в общеобразовательную программу отдельным предметом с выделенными часами.

В качестве примера программ по формированию жизненных навыков, реализуемых сегодня в России на федеральном уровне, можно привести программу «Социальный и эмоциональный интеллект» и программу «Развитие личностного потенциала» благотворительного фонда Сбербанка «Вклад в будущее».

Еще одна форма работы с подростками, набирающая сегодня популярность – психологические клубы, которые организуют педагоги-психологи в образовательных организациях. Форма и содержание работы таких клубов определяется самими педагогами-психологами и руководством организаций. Обычно это цикл семинарских и практических занятий по популярной психологии, на которых затрагиваются волнующие подростков вопросы, касающиеся всех основных жизненных сфер человека.

Просвещение родителей. Поскольку состояние психологического благополучия детей во многом зависит от стиля воспитания, принятого в семье, повышение психологической грамотности родителей признается важным направлением профилактики в сфере здоровья подростков. Работа в этом направлении может быть реализована с помощью любых видов социальной рекламы, просветительских мероприятий и родительских клубов при образовательных организациях или муниципальных центрах здоровья. Она может включать в себя такие темы как: модели и принципы воспитания, характерные родительские ошибки, разбор сложных ситуаций воспитания, ненасильственное общение, преодоление конфликтов, способы поддержания эмоционально комфортной атмосферы в доме, психологическая безопасность ребенка, помощь ребенку в обучении и т.д.

Повышение психологической грамотности педагогов. Обзор профилактических программ подростковой девиантности демонстрирует высокую результативность проектов, которые включают в себя обучение педагогов и самих подростков основам оказания психологической помощи. Считается, что такие навыки не только способствуют бесконфликтному решению многих повседневных ситуаций, но и само по себе повышение психологической грамотности в образовательной среде является важнейшим направлением неспецифической

профилактики, предупреждающей тяжелые исходы любых видов девиаций. В приложении 2 методического пособия приведены материалы для тренинговых занятий по оказанию психологической помощи, которые педагог-психолог может самостоятельно проводить с учителями или учащимися.

Автоматизированное онлайн самотестирование. Ключевым недостатком методов, относящихся к звену универсальной профилактики, традиционно является то, что её целевой группе отводится пассивная роль, она в основном только воспринимает профилактическое послание, но не вовлечена во взаимодействие. Сегодня этот недостаток может быть частично компенсирован за счет внедрения большей интерактивности и геймификации с помощью электронных средств коммуникации и разного рода сервисов в сфере поддержки здоровья. Пример такой технологии – онлайн тесты, которые могут использоваться для оценки личностного риска поведения в какой-то одной или в нескольких областях здоровья среди молодежных групп. Такое самотестирование может быть частью профилактических программ в сфере здоровья, особенно по таким сенситивным темам, как снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией и заболеваниями, передающимися половым путем, или по профилактике наркомании. Считается, что такой подход повышает возможности информирования представителей целевых групп о рисках для здоровья и снижает барьеры обращения за профессиональной помощью, поскольку по итогам тестирования испытуемому могут автоматически предлагаться соответствующие рекомендации и информация о доступной помощи. Кроме того, данные, полученные в ходе такого тестирования, могут иметь большую исследовательскую ценность и характеризовать фактический масштаб и характер проблемы, а также прогнозировать спрос на помощь со стороны молодежи.

2) Селективная профилактика (Selective prevention)

Селективная профилактика, в отличие от универсальной, направлена на конкретные группы риска внутри молодежной и подростковой субпопуляции. Идея селективной профилактики состоит в том, что поведение «риска» происходит преимущественно в результате психологических или жизненных проблем, с которыми подросток не может справиться самостоятельно. При этом поведенческие нарушения являются скорее их индикатором, чем причиной. Таким образом, цель селективной профилактики – раннее выявление психологических или жизненных проблем подростка и оказание профессиональной помощи до того, как они приведут к серьезным поведенческим нарушениям.

Ниже представлены упражнения, которые могут быть использованы в рамках

разного рода групповой работы (лекций, семинаров, тренингов, станционных игр, групп самопомощи и т.д.) с учащимися образовательной организации (по Цветкова и др, 2004).

Определение ценностей в сфере здоровья. Группе предлагается определить свои ценности в сфере здоровья с использованием ранжирования, высказывания противоположных точек зрения, построения континуума ценностей. Ранжирование можно выполнить в двух вариантах. Первый предполагает расположение учащимися различных заранее сформулированных аспектов здорового образа жизни в порядке убывания их важности. Второй вариант заключается в том, что учащиеся выписывают виды деятельности, которые доставляют им удовольствие, а далее соотносят их с определенными категориями. К таким категориям относятся все виды деятельности, которые, например, сопровождаются денежными затратами, осуществляются в одиночестве или совместно с другими людьми, позволяют поддерживать хорошую физическую форму, требуют креативности, предполагают потребление наркотиков (включая алкоголь и табак), положительно или отрицательно влияют на здоровье. Каждый вид деятельности может быть описан с помощью нескольких категорий, которые заранее формулируются ведущим, исходя из содержания решаемой на группе проблемы. В зависимости от количества участников, обсуждение может общим, а ход работы отображается на общем флипчарте, с разбивкой на микрогруппы, в случае большого количества участников, либо индивидуальным, когда каждый участник работает самостоятельно. Методика дает возможность учащимся осознать связь между своим поведением и состоянием здоровья.

Высказывание противоположных точек зрения. Это упражнение может применяться для того, что сфокусировать внимание подростков на желательной, с точки зрения профилактической программы, модели поведения. Для использования методики высказывания противоположных точек зрения сначала подбираются два полностью противоречащих друг другу утверждения на тему здоровья (например, если рассматривается полезность бега, то можно сформулировать такие утверждения: «Бег очень полезен для здоровья, и все люди станут более здоровыми, если будут делать это» и «Бег убивает людей, и только очень здоровые атлеты могут делать это»). Далее ведущий группы предлагает составить список аргументов в пользу одного и в пользу другого утверждения. Затем эти аргументы зачитываются попарно (один — в пользу одного утверждения, другой — в пользу второго и т.д.). Упражнение помогает людям определить свою

позицию по поводу конкретной проблемы в сфере здоровья, а также более лояльно относится к тем, кто придерживается противоположной точки зрения.

Построение континуума ценностей представляет собой расширенный вариант предыдущего упражнения высказывания противоположных точек зрения. Методика позволяет подросткам увидеть спектр мнений по какому-либо вопросу и понять свое место на описывающей их шкале. Ведущий группы высказывает две противоположные точки зрения и предлагает участникам представить, что это две точки А и В, между которыми проведена прямая линия. Если группа маленькая, можно провести эту линию в комнате, если большая — на доске. Затем членам группы предлагают найти свое место на этой прямой, которое наилучшим образом отражает их собственную точку зрения. Далее ведущий просит каждого участника обосновать свою позицию. При этом участников просят не перебивать и не комментировать высказывания других до тех пор, пока каждый не объяснит или не откажется объяснять свою точку зрения. Методика позволяет организовать дискуссию по проблеме более детальную, чем методика высказывания противоположных точек зрения.

Метод мозгового штурма можно использовать для того, чтобы начать разговор о проблеме и получить информацию о том, что подростки думают по определенному вопросу. При проведении мозгового штурма участникам группы задается вопрос, на который нет однозначного ответа (например, «Почему люди употребляют спиртные напитки?»). Затем все ответы участников выслушиваются и записываются на доске или на большом листе бумаги. При этом членов группы просят не комментировать, не обсуждать и не критиковать ответы до тех пор, пока не выскажутся все участники. Ведущий также может предложить и записать свой вариант ответа. Метод предполагает активное участие в работе всех членов группы.

Особенно внимательно следует относиться к застенчивым участникам штурма, уточняя, могут ли они что-то еще добавить к сказанному. Важно дать время подумать. Затем членам группы предлагается разбить все высказывания на блоки и охарактеризовать каждый блок. (Например, высказывания о причинах употребления спиртных напитков могут быть отнесены к «конструктивной» группе («Это помогает мне получить удовольствие») и к группе «избегания» («Это помогает мне забыть о проблемах»)).

Методика кругов предоставляет всем членам группы равные возможности активного участия. Каждому члену группы предлагается высказать свое утверждение по определенному вопросу (в виде окончания незаконченного предложения). Ведущий может начать групповую работу или принять в ней участие,

когда до него дойдет очередь. В качестве примеров предложений, которые требуется закончить участникам, можно привести следующие: «Я думаю, что бег...», «Главная причина, по которой я хочу сбросить вес, в том, что...» и т.д.

Для того чтобы эффективно применять метод кругов, следует соблюдать ряд требований. В частности, необходимо следить, чтобы участники не перебивали друг друга, не позволять им комментировать высказывания до того, как будет завершен круг, разрешить каждому не высказывать свое мнение и пропустить свой ход, повторять мнения, которые уже прозвучали. Метод кругов можно использовать не только самостоятельно, но и для начала или завершения встреч, а также для получения обратной связи.

Работа в микрогруппах численностью от двух до шести человек для обсуждения конкретной проблемы или темы в течение определенного времени (обычно 10 минут). Техника особенно полезна при работе с большой аудиторией, поскольку это дает каждому участнику возможность высказать свое мнение в своей микрогруппе. После того как подгруппы сформированы, участникам дается задание (например, «Обсудите, что помогает Вам снять стресс») и указывается, каким временем они располагают для его выполнения. После истечения выделенного времени следует обсудить, к каким результатам пришли участники в ходе дискуссии. Для этого можно попросить их во время работы в подгруппах записывать основные выводы.

Техника безопасных открытий используется в тех случаях, когда люди стесняются или боятся сказать о своих истинных чувствах, потому что думают, что будут выглядеть глупо. Она заключается в том, что каждому члену группы дают листок бумаги и просят написать, например, о том, что они чувствуют или что они действительно хотели бы узнать (не пописывая листок своим именем). Затем все листки собирают и кладут в одну емкость (например, в корзину для бумаги). После этого члены группы в порядке очереди вытаскивают по одному листку и громко зачитывают то, что на нем написано. Если человек вытащил листок, написанный им, он не должен признаваться в своем авторстве. В первом варианте техники, если все высказывается по какой-то одной проблеме, участников группы просят воздержаться от комментариев и обсуждения до тех пор, пока все листки не будут зачитаны. Затем происходит обсуждение того, что обнаружилось в ходе выполнения задания. Второй вариант, если исходный вопрос поставлен широко и участники имеют возможность высказаться по разным поводам, состоит в том, что группой обсуждается каждый листок по отдельности. Сначала его комментирует

или отвечает на поставленный вопрос участник, вытащивший листок, затем желающие участники группы, а в конце – ведущий.

Фокус-группа. Целесообразность выделения такой группы методов объясняется двумя причинами. Во-первых, исследовательские методы могут использоваться на стадиях планирования и оценки эффективности вмешательства. Во-вторых, уже в ходе проведения исследования специалист в сфере здоровья формирует, намеренно или непроизвольно, установки участников к определенной проблеме здоровья и к определенной программе.

Фокус-группа — метод сбора качественной информации о мнениях, восприятии и идеях по поводу определенной проблемы. Фокус-группа может использоваться как самостоятельный метод, но ее сочетание с другими методами сбора качественной и количественной информации считается более продуктивным. Данные, полученные в ходе проведения фокус-групп, могут применяться для планирования опросов и разработки вопросников, для оценки эффективности программ вмешательства, а также для интерпретации результатов исследования.

В области общественного здоровья путем проведения фокус-групп может быть получена информация о широком круге проблем здоровья, а также о восприятии программ и стратегий превенции и вмешательства. Фокус-группы используются для получения сведений о том, что люди думают о реализуемых программах и предоставляемых населению услугах, для генерирования идей о том, как можно улучшить существующие программы и предоставляемые услуги, а также для выявления новых ресурсов сохранения и укрепления здоровья.

Планирование фокус-группы заключается в подготовке технического задания на проведение фокус-группы, которое предполагает ответы на вопросы о целесообразности использования этого метода в данной познавательной ситуации, о сильных сторонах и ограничениях метода, о том, кто и как будет использовать полученные результаты, о времени и стоимости проведения фокус-группы. Техническое задание должно включать в себя, кроме того план отбора участников фокус-группы, описание подхода, который будет применен для анализа полученных данных, критерии отбора модератора.

Ход работы может фиксироваться с помощью аудио- или видеозаписи. В некоторых случаях полезно делать полную текстовую расшифровку работы группы. Для обработки результатов используется качественно-количественный контент анализ. Итогом о работе фокус-группы является отчет с результатами контент-анализа и выводами.

3) Индивидуальная профилактика (Indicated prevention)

Индивидуальная профилактика, в отличие от предыдущих звеньев, направлена на отдельных людей, которые имеют выраженные поведенческие нарушения (но не еще не имеют статуса больных, с точки зрения медицины). На этой стадии в поведении подростка могут появляться характерные изменения: резкое снижение успеваемости, сужение круга интересов, безразличие или наоборот агрессия к родителям, потеря интереса к привычному кругу друзей и социальному окружению, алкогольные и токсические эксцессы и пр. Такие молодые люди часто попадают на прием к специалистам или в профилактические программы не самостоятельно – их приводят родители, друзья, направляют работники системы образования или правоохранительных органов. Это важное замечание подчеркивает то обстоятельство, что сами молодые люди на этом этапе зачастую уже чувствуют себя «исключенными» из общества. От их социального окружения, от специалистов, осуществляющих профилактические мероприятия, требуются особые усилия по формированию у молодого человека мотивации к полноценной жизни. В отличие от селективной, цель индивидуальной профилактики состоит не просто в краткосрочной социально-психологической коррекции поведения, а в вовлечении подростка в долгосрочную работу, которая включает в себя комплексный анализ различных аспектов его жизни и работу с его ближайшим социальным окружением – родителями, братьями и сестрами, и значимыми сверстниками.

Ниже приведено описание техник индивидуальной работы с такими подростками (по Цветкова и др., 2004).

Мотивационное интервью. Техника консультирования, применяемая обычно для мотивирования человека к изменениям в поведении, для людей с разными видами зависимости (алкогольной, наркотической, игровой), с людьми, подвергшимися сексуальному насилию, бездомными, людьми с расстройством пищевого поведения, а также людьми, находящимися в группе риска заражения ВИЧ-инфекцией. Авторы этой техники Дж. О. Прочаска и С.С. Ди Клементе (J.O. Prochaska, C.C. Di Clemente) исходили из идеи, что обычное принуждение к действиям или информирование о том, что и как надо делать, не оказывалось эффективным в попытке поддержать человека в трудном процессе изменения собственной жизни. Внешнее мотивирование человека и принуждение может быть эффективным, только в краткосрочной перспективе. Значимых изменений в поведении, особенно в таком сложном поведении, как поддержание здоровья, можно ожидать только когда в этом заинтересован сам человек. Когда он действует, исходя не из страха перед рисками для здоровья, а исходя из удовольствия, которое

приносят улучшения в состоянии здоровья, и из чувства восстановления контроля над своей жизнью.

В ходе работы специалист не дает советов, не высказывает оценок, не осуждает принятие или непринятие человеком решений. Вместо этого он как бы постоянно уточняет и проясняет для себя и для человека ситуацию, в которой последний оказался, и возможные варианты ее развития. Для этого используются: открытые вопросы (на которые человек не может просто ответить «да» или «нет»), активное (рассуждающее) слушание, обобщения того, что сказал клиент. В ходе интервью специалист постоянно возвращает человеку ответственность за его собственную жизнь, проясняя вместе с ним все плюсы и минусы ситуации, в которой он оказался и постепенно проходит с ним стадии готовности к изменению.

1. Стадия неосознанности проблемы (преднамерения): «У меня нет проблем». В этой стадии люди не видят проблем в том, что они, например, употребляют психоактивные вещества, или осознают их как незначительные. И вероятно даже видят свои преимущества: например, курение дает возможность быть «своим» в компании и т.д.

2. Стадия размышления (намерений): «Может быть у меня есть проблемы». Люди ещё не уверены, хотят ли они измениться, но на человека действуют внешние причины (например, семья, работодатели), которые могут заставить человека менять своё поведение или пересмотреть преимущества поведения риска, например, зависимость от игр отнимает много времени, что грозит потерей работы. На это стадии полезно сформировать негативное эмоциональное отношения к негативным эффектам и последствиям нынешнего поведения, например, обсудить последствия курения для здоровья, а также неудобства, связанные с курением: приходится избегать мест, где нельзя курить, запах мешает знакомству с девушками и т.д.

3. Принятие решения и подготовка к действиям: «Я должен что-то делать». На этой стадии человек уже готов действовать, но не имеет плана изменений и остаётся в плену привычного поведения. Консультант вместе с человеком составляет план изменений, находит способы мотивирования и избегания прежних моделей поведения.

4. Стадия активных действий: «Я уже готов к старту». На этой стадии человек начинает менять своё поведение (например, перестаёт покупать сигареты). На этом этапе можно использовать поддержку социальных связей, например, человек может рассказать друзьям о своих планах измениться (например, объяснить

друзьям, что планирует бросить курить). Либо установить приложение на телефон, где люди поддерживают друг друга в занятиях бегом: консультируют, ставят цели, выкладывают треки с результатами пробежек и т.д.

5. Поддержка изменений: «Как мои успехи?». Человек далее придерживается плана действий и поддерживает изменившееся поведение.

6. Срыв (возможная стадия изменений): «Что я сделал не так?». Срыв – нередкая проблема, особенно для тех, кто пытается избавиться от вредной привычки. После срыва важно осознать его причину, понять, к какой стадии она относится, вернуться в нее и пройти путь изменений заново. Например, если он думает, что все его старания были напрасными, и он опять вернулся в исходное положение, то весьма вероятно, что он вернётся на стадию неосознанности проблемы. Если человек срыв воспринимает как неотъемлемую часть процесса изменения поведения и способен получать урок из этого, то вероятнее всего, что он вернётся на стадию активных действий. Очень важно подготовить человека к возможному срыву, чтобы он мог воспринять его как этап процесса, а не как неудачу.

Консультирование по вопросам принятия решений в сфере здоровья.

Принято выделять пять основных стадий консультирования в сфере здоровья:

- определение потребностей подростка и формирование дружеской атмосферы;
- изучение потребностей и проблем подростка;
- оказание подростку помощи в постановке целей и анализе альтернатив;
- выбор альтернативы;
- разработка плана действий.

Формирование дружеского климата предполагает наличие у специалиста в сфере здоровья вербальных и невербальных поведенческих навыков. Это проявления теплоты, открытости, искренности, эмпатии и позитивное подкрепление поведения подростка (т.е. проявление равного уважения и признание одинаково ценными всех людей, вне зависимости от того, нравятся они или нет). Кроме того, необходимыми условиями для формирования дружеского климата являются установление зрительного контакта с клиентом, использование мебели для уменьшения социальной дистанции, пунктуальность и умение выслушивать.

На стадии изучения потребностей консультант с помощью техник активного слушания, поощрения подростка к разговору и специально сформулированных вопросов устанавливает с подростком доверительные отношения и побуждает

его перейти от рассказа о проблемах, лежащих на поверхности, к рассказу о глубинных проблемах и трудностях.

Стадия оказания помощи в постановке целей и анализе альтернатив предполагает, что консультант задает клиенту ряд вопросов, направленных на более четкое осознание клиентом своих целей, а также информирует его о последствиях выбора того или иного варианта поведения.

Основной принцип, лежащий в основе консультирования на стадии выбора альтернативы, заключается в том, что решение должен принимать сам подросток, а не консультант. Процесс принятия решения предполагает взвешивание всех «за» и «против», рассмотрение возможных последствий в случае принятия каждой из существующих альтернатив, вывод о том, какая альтернатива лучше остальных, и наличие уверенности, что есть возможность реализовать выбранный вариант поведения.

Если подросток сопротивляется принятию решения, необходимо вернуться на вторую или третью стадию консультирования. Если подросток выбирает ту альтернативу, которая с точки зрения консультанта является неправильной, консультант все равно должен помочь подростку разработать план действий, понимая, что подросток всегда сможет вернуться и продолжить работу.

На стадии разработки плана действий подросток обдумывает пути реализации принятого решения. Возможно, ему понадобится информация о стратегиях преодоления или поддержка. После разработки плана действий необходимо определить даты этапов его осуществления и установить показатели, по которым можно будет оценить успешность выполнения решения.

Повышение уровня самосознания в сфере здоровья. Для повышения уровня осознанности в вопросах здоровья можно использовать такие методики, как принятие решения о том, в каких областях жизнедеятельности будет изменяться поведение, и структурирование деятельности. Подросток выписывает все те области, в которых он хочет и готов изменить свое поведение. Это позволяет работать более конструктивно и не затрагивать тех областей жизнедеятельности, в которых человек не готов изменить поведение (например, люди, имеющие избыточный вес, могут быть готовы выполнять физические упражнения, но не готовы изменить диету). Структурирование деятельности помогает человеку более широко посмотреть на свое поведение в сфере здоровья. В частности, это позволяет осознать иррациональные убеждения, влияющие на поведение (например, убеждение в том, что если человек не получает одобрение от других людей, то он хуже всех).

Самомониторинг предполагает написание конкретного и детализированного отчета о поведении, которое решено было изменить. Отчет ведется в форме дневника. Он помогает подростку анализировать свое поведение и всесторонне осознать содержание своих действий, что является необходимым условием для самоконтроля поведения. Кроме того, дневник позволяет зафиксировать «линию отсчета», относительно которой будет оцениваться прогресс в изменении поведения. Самомониторинг предполагает ответы на вопросы:

- 1) как часто имеет место проблема;
- 2) что еще происходит во внутреннем (мысли и чувства) и внешнем (окружающая среда) мире, когда беспокоит проблема;
- 3) какие события приводят к появлению проблемы;
- 4) что происходит после этого, т.е. каковы последствия появления проблемы.

Методика определения затрат и выгод заключается в установлении совместно с подростком не только долгосрочных выгод от изменения поведения (например, улучшение здоровья или увеличение продолжительности жизни), но и краткосрочных, которыми человек могли бы искренне наслаждаться уже сейчас.

Методика постановки целей и оценки прогресса предполагает обучение подростка умению ставить реалистичные цели и замечать прогресс на пути их достижения. Важность постановки реалистичных целей состоит в том, что достижение каждой из них придает подростку уверенность в себе и вызывает у него стремление достичь новых целей. Постановка нереалистичных целей может привести к тому, что подросток будет чувствовать себя проигравшим и не захочет предпринимать дальнейшие действия по изменению поведения.

Для того чтобы оценить прогресс в изменении поведения, необходимо наблюдать и записывать изменения поведения, причем таким образом, чтобы достижения были отчетливо видны. Оценивать прогресс в изменении поведения можно за достаточно длительный период (например, за две или три недели), но иногда нужно оценивать прогресс за более короткий период (например, за один день).

Если подросток не смог достичь поставленной цели, необходимо понять причины этого и изменить исходную ситуацию. Наиболее частыми причинами недостаточной эффективности усилий по изменению поведения являются следующие: слишком сложная цель, слишком отсроченные во времени награды, недостаточное осознание клиентом кризиса или заболевания, негативное

воздействие посторонних людей, наличие других нерешенных проблем, для решения которых требуется дополнительное обучение.

Изменение поведения, по крайней мере в тот период, пока новое поведение не стало нормой, связано с большими трудностями. Для того чтобы справиться с этими препятствиями, можно использовать целый ряд методик преодоления трудностей, связанных с изменением поведения. В частности, можно найти заменитель вредного для здоровья поведения (например, жевать жевательную резинку вместо курения) или избавиться от сопутствующих привычек, связанных с поведением, наносящим вред здоровью (например, пить чай вместо кофе, если человек решил бросить курить, а кофе ассоциируется с курением). Также можно сделать предметы, связанные с вредным для здоровья поведением, недоступными (например, хранить в труднодоступном месте сигареты).

Методика дистанционного консультирования по вопросам здоровья. Используется для повышения доступности консультативной помощи в сфере здоровья для подростков, очный контакт с которыми невозможен или затруднен. Такой способ работы может быть удобен вне городской местности, когда на одного консультанта приходится много консультируемых подростков, проживающих в разных населенных пунктах. Когда консультирование оказывается маломобильным категориям подростков. Либо консультирование осуществляется в условиях карантина. Такое удаленное консультирование осуществляется через любые удобные средства электронной коммуникации. Техника включает в себя следующие четыре шага.

1. Первичное обсуждение и анализ проблем подростка в сфере здоровья: причины ее возникновения и ключевые детерминанты соответствующего поведения.

2. Подготовка оценочного инструмента и разработка плана исследования проблемы.

3. Создание базы данных, содержащей ответы консультируемых подростков информацию об их проблемах и целях в сфере здоровья.

4. Создание сообщений на основе данных, полученных о человеке в результате опроса об истории его болезни и его привычках в сфере здоровья. Такие сообщения представляются консультируемым в форме видеороликов или письменных рекомендаций и содержат информацию о том, как человек может снизить степень риска для здоровья.

4. РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

Разработка профилактической программы – процесс во многом творческий, вместе с тем, в его основании лежит определенная технология, без понимания которой есть риск создать программу без пользы или с непредсказуемыми эффектами. В действительности эта технология лежит в основании любой проектной деятельности: в той же логике создаются научные труды, социальные проекты, бизнес-планы, технические проекты и т.д.

Разработка профилактической программы включает в себя несколько этапов, которые обычно оформляются в виде документа со следующими разделами:

- 1) Описание проблемы.
- 2) Формулирование целей и задач программы.
- 3) Организационный, календарный и ресурсный планы.
- 4) План оценки эффективности программы.

По итогам реализации программы готовится итоговый отчет.

Ниже содержание этих разделов раскрыто более подробно.

1) Описание проблемы

Один из самых сложных вопросов, который можно задать автору любой профилактической программы, – это «зачем вы это делаете?». Обычно сначала на этот вопрос мы получаем, на первый взгляд, убедительный ответ. Например, «мы формируем у детей навыки здорового поведения» или «развиваем у детей коммуникативные навыки». Но если попробовать задавать уточняющие вопросы, чтобы разобраться в сути проблемы, то ясные ответы можно получить далеко не всегда. Ведь навыки здорового поведения или коммуникативные навыки человеку требуются самые разные, для разных ситуаций, для взаимодействия с разными людьми. Почему мы хотим развивать именно такие навыки, а не какие-то другие? Почему недостаток таких навыков у детей, это плохо? К чему приводит их недостаток и что будет, если такие навыки у детей появятся? Если мы серьезно относимся к своей профилактической программе, то на подобные вопросы у нас должны быть уверенные ответы. Именно для этого и требуется подробное описание проблемы, которое осуществляется с помощью процедуры разработки *теоретической модели* программы.

Моделирование начинается формулирования решаемой проблемы. Формулировка проблемы должна точно отражать какое-то противоречие, которое

требуется преодолеть. Например, это могут быть затруднения при установлении первого знакомства, если мы считаем, что такие затруднения довольно распространены среди учащихся. Либо, если мы полагаем, что всем людям недостает ответственности, то в качестве проблемы программы можно сформулировать недостаток уровня ответственности. При этом важно конкретизировать – в каких именно ситуациях или в отношении чего именно? Проблема программы должна отражать чьи-то действительно актуальные затруднения, ведь мы хотим разрешить именно их, а не что-то другое.

Для наглядности процедуры моделирования рекомендуется записать формулировку проблемы в центре любого чистого листа.

Следующий шаг – это указание причин (факторов), которые обуславливают нашу проблему. Проще говоря, нужно вспомнить, откуда она берется, от чего она зависит, что помогает и мешает ее разрешить? На первом этапе важно указать все факторы, даже если на первый взгляд они кажутся слишком далекими или несущественными. Позже мы их отсеем, но сейчас среди них могут оказаться и очень важные факторы, которые мы пока упускаем из вида. Самый целесообразный ход здесь – это сделать обзор литературы по интересующей нас проблеме и выписать факторы, которые уже исследовались другими авторами и упоминались в похожих моделях.

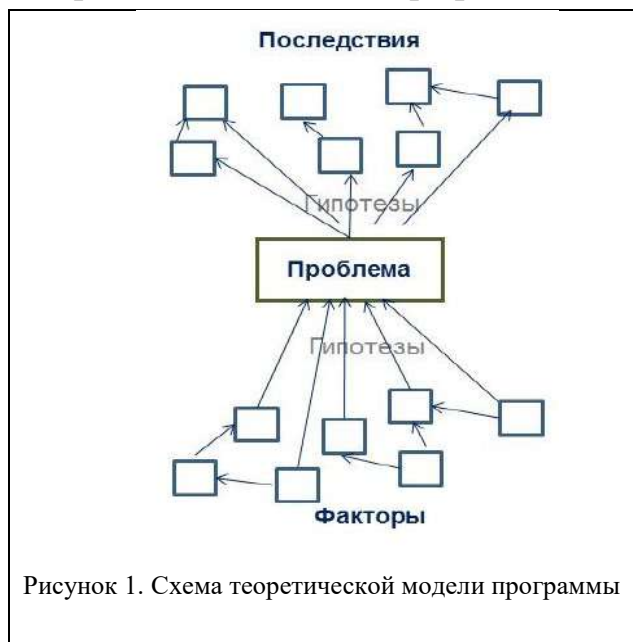
Например, при рассмотрении проблемы подростковой алкоголизации среди факторов могут быть перечислены: высокая фактическая доступность алкоголя для подростков, высокая толерантность родителей и иного социального окружения к употреблению алкоголя подростками, неразвитые навыки противостояния социальному влиянию у подростков и пр.

Факторы заносятся на тот же лист бумаги, в центре которого у нас уже записана формулировка проблемы. Обычно факторы принято располагать снизу от проблемы, соединяя их с проблемой стрелочками. При этом связи между проблемой и факторами могут быть прямыми и опосредованными. «Стрелочки» – это гипотезы, смысл которых в том, чтобы предсказывать сильные или слабые связи между нашей проблемой и факторами.

В верхней части модели аналогичным образом отображаются последствия проблемы. По сути это ответы на вопросы о том, в чём выражается наша проблема, к чему приводит ее наличие? Например, если решаемая проблема программы – недостаток коммуникативных навыков у подростков, то её следствиями могут выступать – тревожность при установлении новых контактов, неуверенность в себе, одиночество, замена реального виртуальным общением и т.д. Если решаемая проблема – алкоголизация подростков, то ее следствиями, вероятно, будут: высокая

частота алкогольных отравлений и правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения у подростков, высокая частота сексуальных контактов у подростков в состоянии алкогольного опьянения и т.п.

На рисунке 1 приведена схема теоретической модели профилактической программы, её еще называют «деревом проблем». На рисунке 2 приведен пример теоретической модели профилактической программы по профилактике наркомании.



Главная задача первого этапа моделирования — ничего не упустить, и отразить по возможности полный круг вероятных факторов и последствий проблемы. Малозначимые связи отсеются на следующем этапе — проверки модели. Проверка модели необходима для того, чтобы убедиться, что наша модель описывает именно нашу проблему, а не что-то другое.

Проверка (или верификация) модели нужна для определения сильных гипотез или факторов, которые действительно определяют состояние нашей проблемы. Для такой проверки можно использовать любые доступные исследовательские процедуры: обзор литературы, экспертные оценки, наблюдение, статистическое исследование, интервью, тестирование, опросы, эксперимент. Все факторы и последствия в теоретической модели становятся программными вопросами исследования. Для каждого из этих вопросов надо подобрать адекватный источник информации или метод исследования, который поможет определить его важность для нашей проблемы.

В результате этапа проверки модели второстепенные и малозначимые факторы и следствия удаляются из теоретической модели.

2) *Формулирование целей и задач программы*

После того, как мы определили самые сильные факторы и самые значимые последствия нашей проблемы, мы можем переходить к формулированию целей и задач программы. При этом мы не обязаны иметь в виду все сильные факторы, которые мы выявили, мы можем ограничиться только несколькими, повлиять на которые будет в наших силах. Возможно, какие-то значимые факторы придется оставить до лучших времён, здесь нужно исходить из своих реальных имеющихся возможностей.

Формулирование целей и задач программы происходит путем перевода «дерева проблем» в «дерево задач». Схематично это выглядит так, как на рисунке 3.

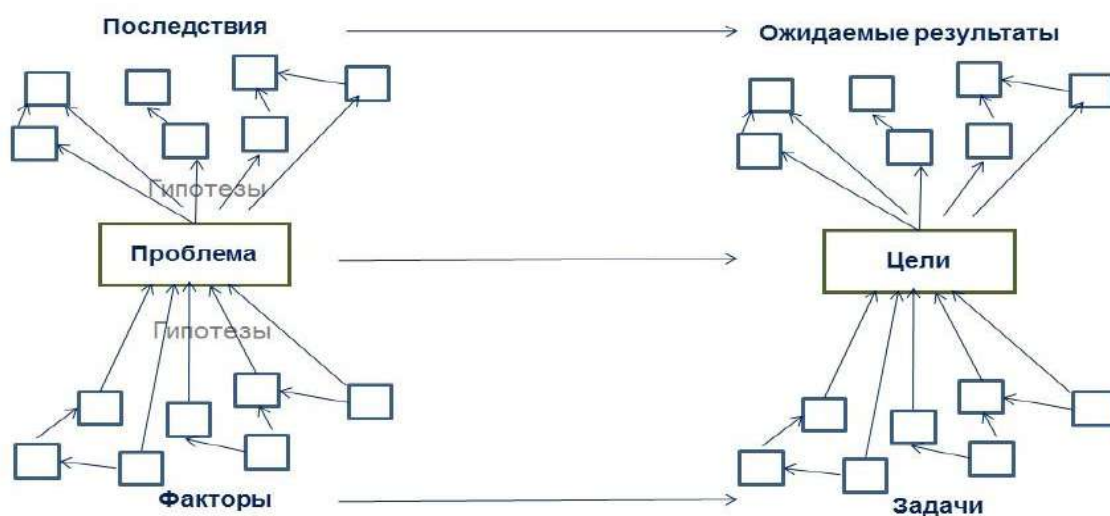


Рисунок 3. Перевод «дерева проблем» в «дерево задач»

Проблема переформулируется в цель. Если проблема звучала как «Недостаток коммуникативных навыков», то цель может звучать как «Формирование коммуникативных навыков».

Значимые факторы переформулируются в задачи. Например, задачами могут выступать: повышение самооценки, развитие навыков самопрезентации и самоконтроля и т.д.

Значимые следствия проблемы переформулируются в ожидаемые результаты программы. Например, если цель программы – минимизация уровня алкоголизации подростков, то ее ожидаемыми результатами могут быть минимизация количества алкогольных отравлений и правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения у подростков, минимизация частота сексуальных контактов у подростков в состоянии алкогольного опьянения и т.п.

3) Организационный, календарный и ресурсный планы

В результате сделанных шагов, описанных выше, все сформулированные задачи должны быть направлены на решение нашей исходной проблемы. Теперь эти задачи необходимо подкрепить соответствующими мероприятиями, для чего составляется отдельный раздел – план программы. Планирование позволяет связать между собой сроки всей программы со сроками отдельных мероприятий, а также требуемыми ресурсами для выполнения этих мероприятий (Цветкова и др., 2018).

Календарный план – таблица мероприятий проекта с указанием последовательности их выполнения, перечня материалов и оборудования, необходимых для информационно-технического обеспечения, указанием срока реализации (deadline) и ответственного лица. Календарный план также позволяет четко определить субъектов программы: ее организаторов и участников; помогает заранее наметить, какими силами будет проводиться работа. Для того чтобы «увязать» сроки работ по проекту, их продолжительность и зависимости, зачастую в проектном менеджменте используют простой метод календарного планирования – *график (диаграмму) Ганта (Gantt chart)*. По сути, график Ганта состоит из горизонтальных полос, ориентированных по горизонтальной оси времени и вертикальной оси задач. На рисунке 4 приведен пример оформления календарного плана с использованием графика Ганта.



Рисунок. 4. Пример оформления календарного плана: график Ганта.

Ресурсный план отражает требуемые для реализации программы ресурсы: кадровые, технологические, технические, материальные, административные, организационные, информационные, финансовые. Ресурсное планирование может осуществляться по этапам или мероприятиям проекта.

При планировании мероприятий важно заранее провести анализ рисков или административных, организационных, кадровых и финансовых проблем, которые могут повлиять на исполнение проекта/программы. Опыт реализации профилактической работы наглядно демонстрирует, что к основным причинам неудач в этой сфере можно отнести проблемы т.н. «внутреннего» характера, к которым обычно относят: несовершенство правовой базы, отсутствие надежной системы межведомственного взаимодействия, недостаток квалифицированных кадров, неравномерное распределение административных и финансовых ресурсов, возникновение чрезвычайных ситуаций (например, внезапная эпидемия гриппа в образовательном учреждении) и пр. На этапе планирования мероприятий и управленческих решений проекта важно оценить, какие существуют риски, препятствующие его исполнению, и предусмотреть пути преодоления этих проблем.

4) План оценки эффективности программы

Принципиально важными при планировании и реализации профилактической программы являются следующие вопросы: «Как мы узнаем, была ли наша профилактическая программа эффективной?» и «Как мы это измерим?» (по Цветкова и др., 2018). Для того, чтобы ответить на эти вопросы нужно обратиться к теоретической модели программы, процедуру создания которой мы описывали выше, а именно к её блоку – «Ожидаемые результаты». Каждый ожидаемый результат – это вопрос, на который мы должны ответить по итогам реализации программы. Как правило, эти вопросы относятся к одному из трех видов оценки:

- *Непосредственный эффект* программы, например, количество распространённых информационных продуктов, прочитанных лекций или оказанных услуг. Оценивается соответствие количества планируемых и фактически выполненных действий;
- *Промежуточный эффект* программы, например, изменение знаний, установок, поведения у представителей целевой группы программы;
- *Долгосрочный эффект* программы, например, изменения общей ситуации, сохранение длительных устойчивых эффектов от воздействия на целевую аудиторию.

Чтобы описать эффекты программы необходимо определить количественные критерии успешности, указать эти значения в отчете, а также описать исследовательские процедуры, с помощью которых эти значения измеряются.

При оценке эффектов программы могут быть использованы следующие способы:

Характеристики изменения осознания здоровья как ценности можно получить на основе:

- оценки интереса представителей целевой группы к воздействию (сколько человек пришли на занятия, взяли брошюры, осведомились о предоставляемых услугах, посетили интернет–сайт);
- мониторинга изменения уровня обращаемости в организации, работающие в сфере укрепления и сохранения здоровья, к педагогу-психологу или социальному педагогу;
- анализа частоты освещения профилактической программы в средствах массовой информации, количество лайков и репостов публикаций в социальных сетях;
- опросов, интервью, дискуссий, наблюдений, направленных на представителей целевой группы.

Изменение уровня знаний или установок у представителей целевой группы можно оценить с помощью:

- оценки изменений в том, что участники программы говорят и делают, проявляются ли в их вербальном и реальном поведении изменения установок или осознания здоровья как ценности;
- интервью и дискуссий с участниками программы, предполагающих ответы на соответствующие вопросы;
- дискуссий и наблюдения за тем, как участники программы применяют полученные знания в реальных ситуациях и как они решают связанные со здоровьем проблемы;
- наблюдения за тем, как участники программы проявляют свои вновь приобретенные навыки;
- тестов и вопросников, предполагающих письменные ответы участники программы на вопросы, направленные на выявление уровня их информированности; результаты можно сравнить с результатами опроса этой же группы до начала обучения или с результатами опроса или тестирования контрольной группы.

Изменения поведения можно оценить с помощью:

- наблюдения за отдельными действиями участников программы;
- анализа записей о поведении: записи могут делаться постоянно или периодически и сравниваться с поведением контрольной группы либо с поведением «среднего» представителя общества.

Изменения состояния здоровья можно оценить на основе:

- регистрации объективных показателей здоровья, таких как вес, давление, пульс после выполнения физических упражнений, уровень холестерина в крови;
- описания состояния здоровья по многомерной шкале, отражающей изменения поведения в сфере здоровья, самооценку состояния здоровья;
- анализа статистических показателей здоровья на территории, где реализуется программа, до и после ее реализации, например, уровня наркологической заболеваемости и т.д.;
- анализа криминальной статистики на территории, где реализуется программы до и после ее реализации, например, количество задержаний подростков в состоянии опьянения или в связи с незаконными действиями с наркотиками и т.д.

Отчет по итогам реализации программы важен не только для непосредственной отчетности, но и для продолжения профилактической работы в будущем. Отчет может включать в себя:

- анализ результатов проекта на основании оценки достижения ожидаемых результатов;
- описание организационных сложностей и возникших ограничений проекта, рекомендации по их преодолению в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровое поведение – настолько трудноопределимый и сложный феномен, что в науке нет эмпирического подтверждения его существования. Если мы попытаемся представить себе абсолютно здорового человека, то вряд ли у нас это получится. Даже (совершенно невозможное) полное соответствие медицинским и социальным нормам поведения нашего гипотетического человека оставляет вопрос о его психологическом благополучии, которое с трудом поддается объективной оценке. В конечном счете, при оценке здоровья мы будем вынуждены опираться на субъективную оценку самого человека, или, проще говоря, на то, чувствует ли сам человек себя счастливым?

Это замечание не только отражает обсуждаемые в этом пособии научные представления о решающем вкладе психологического благополучия в состояние здоровья человека, но и подчеркивает поддерживающий характер профилактики в этой сфере. Проще говоря, человека нельзя заставить быть здоровым, но можно развивать и поддерживать его собственное естественное стремление к этому.

Вместе с тем, возникает вопрос: если здоровье у нас ассоциируется с понятием счастья, то почему нам приходится обсуждать профилактические программы, смысл которых побуждать человека к здоровому образу жизни? Почему люди сами не всегда и во всём склонны проявлять здоровое поведение? Почему нам так парадоксально сложно регулярно проходить медосмотры, выполнять рекомендации врачей, заниматься спортом, правильно питаться, воздерживаться от алкоголя и табака, оторваться от телевизора или компьютера, вовремя ложиться спать, соблюдать все требования личной гигиены, сдерживать агрессию в конфликтах, обходиться без насилия, не тревожиться, рационально преодолевать различные стрессовые ситуации, уметь расслабляться и, в конце концов, быть счастливыми?

Проблема здорового поведения состоит в том, что под ним мы имеем в виду самое высокоорганизованное поведение, на которое способен человек. А под здоровьем – не только соответствие медицинским нормам, но и субъективное чувство благополучия человека, и его успешное социальное функционирование, и состояние общественных институтов, организаций и социальных групп, в которых этот человек живет. А учитывая, что сегодня люди имеют самую высокую продолжительность жизни и максимально высокий уровень здоровья за всю историю человечества, мы можем предположить, что стандарты здоровья

будут и дальше расти, а поведение людей будет всё более высокоорганизованным, и никто не знает теоретических пределов этого роста.

Здоровье – это не только самый сложный объект для научного описания, но и особый способ поведения, требующий постоянной мобилизации всех интеллектуальных и эмоционально-волевых ресурсов человека. Быть здоровым, это значит прилагать усилия, прогнозировать, тратить энергию, испытывать определенный дискомфорт, чтобы в отдаленном будущем получить некоторые выгоды. Однако, в то же время, быстрое и простое чувство удовольствия или эмоциональное облегчение можно получить немедленно – от вкусного торта, от переизбытка, от бесцельного листания каналов телевизора, от алкоголя, от лени, от агрессии или аутоагрессии, и вообще от любого поведения, которое помогает снижать уровень эмоционального напряжения, поскольку «упрощает» наше восприятие стрессовой ситуации.

Мотивацию для усилий над собой и выбора здорового поведения нам даёт сама природа через подкрепление чувством счастья сложной активности, повышающей шансы на выживание и передачу генов следующим поколениям. Эта мотивация и является главным ресурсом профилактических программ в сфере здоровья. Метафорически можно сказать, что суть профилактических программ состоит во влиянии на выбор человека в пользу «сложных» способов получения удовольствия от жизни.

Настоящие методические рекомендации в некоторой степени вносят свой вклад в решение практических вопросов, стоящих перед специалистами, реализующими профилактические программы в сфере здоровья. В тексте описана история развития позитивной концепции здоровья, обоснован подход к профилактике в сфере здоровья, приведены основы подростковой психологии как основной целевой группы большинства профилактических программ в сфере здоровья, представлены возможные подходы к диагностике подростковой девиантности, раскрыта процедура разработки профилактических программ в сфере здоровья, а также приведены некоторые практические материалы.

Авторы выражают надежду, что настоящие методические рекомендации окажутся не только полезными для непосредственной работы в условиях образовательных организаций, но и станут вкладом в популяризацию психологии здоровья.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. *Гурвич И. Н.* Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. — 1023 с.
2. *Гурвич И.Н., Антонова Н.А., Дубровский Р.Г.* Диагностика и прогнозирование отклоняющегося поведения подростков в образовательной среде / Под общей редакцией О.В.Зыкова. — СПб: Эри, 2013. — 144 с.
3. *Дубровский, Р.Г.* Взрослею правильно! О вредных привычках для молодежи и взрослых. — СПб., 2014. — 56 с.
4. *Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицяи К.Ю.* Профилактические проекты в сфере здоровья: разработка, внедрение, оценка эффективности. Учебное пособие. Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена. 2018. 81 с
5. *Цветкова Л.А., И.Н. Гурвич, М.М. Русакова и др.* Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно–методическое пособие / Под ред. И.Н. Гурвича. — СПб.: Изд–во С.–Петербур. ун–та, 2004. — 148 с.
6. *Engel G.* The need for a new medical model // Science. 1977. Vol. 196, No. 4286
7. *Gordon, R.* An operational classification of disease prevention // Steinberg, J.A. and Silverman, M. M. (eds.), Preventing Mental Disorders, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1987: 20-26

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Схема наблюдения учащихся в образовательной организации

Представленная процедура наблюдения помогает выявлять «группу риска» учащихся в образовательной организации, представителям которой требуется психологическая или иная профессиональная помощь в первую очередь. Процедура помогает упростить обращение учащихся, либо педагогов по поводу учащихся за помощью к педагогу-психологу. Кроме того, процедура позволяет формировать объективную динамическую картину изменений девиантного поведения учащихся в образовательной организации.

Форма наблюдения представляет собой таблицу, которую получает преподаватель или вожатый, работающий достаточно длительное время с конкретным коллективом детей: направлением, классом, группой, командой или отрядом.

По одному основанию таблица содержит ФИО детей, а по другому – заданные наблюдаемые признаки девиантного поведения. Список наблюдаемых признаков разрабатывается педагогом-психологом, совместно с педагогами организации, исходя из актуальных поведенческих проявлений учащихся. Примерный список наблюдаемых признаков девиантного поведения приведен в форме наблюдения на рисунке 6.

ФИО учащегося	Класс/Группа	1. Боязнь неудачи, страх перед выступлением	2. Пониженное настроение, признаки беспокойства	3. Частые жалобы на недомогания	4. Неспособность ужиться или работать в коллективе	5. Нарушения распорядка	6. Конфликтность, агрессивность	7. Слишком частые звонки домой	8. Проблемы в общении с родителями	9. Нарушения питания	Текстовое пояснение	Сумма:	Требуется консультация психолога
Сумма:													
Иванов			1			2						3	
Петров				2			2		1			5	
....													

Рисунок 6. Примерная форма наблюдения за поведением обучающихся.

Процедура заполнения формы

1. В начале цикла обучения педагоги получают таблицу с формой со списком ФИО детей класса (группы, команды, отряда).

2. По итогам какого-то периода, например, учебной недели, педагоги заполняют таблицу по каждому ребенку своей группы (ребенок – одна строка).

3. Столбцы таблицы содержат признаки поведения, которые могут говорить о необходимости той или иной профессиональной помощи. В форме заполняются столбцы, пронумерованные от 1 до 9.

Фиксируются признаки, которые попадают в поле внимания педагогов. Наличие признака в поведении оценивается следующим образом:

- ничего не отмечается, если признаков нет,
- "1" – признак возможно присутствует или слабо выражен,
- "2" – признак присутствует и выражен отчетливо.

Поле «Тестовое пояснение» заполняется по необходимости: в случае, если требуется пояснить поставленные оценки, или описать проблемное поведение или ситуацию, которые не попадают под предложенные критерии.

Поле «Требуется консультация психолога» служит для обращения внимания педагога-психолога на конкретный случай в первую очередь.

4. В дальнейшем данные из таблиц собираются психологом для централизованной обработки. Психолог связывается с педагогами детей, получивших высокие баллы. Далее принимается совместное решение о способах решения проблемы.

5. Данные таблицы относятся к персональным. Доступ к ним ограничен только для педагогов соответствующих классов и сотрудников администрации.

В зависимости от способа организации процедуры наблюдения и ведения таблиц – специализированное программное обеспечение, гугл-таблицы или бумажные таблицы, будет отличаться инструкция по заполнению и передачи данных.

По итогам сбора данных наблюдения педагог-психолог:

- обобщает данные по всей организации,
- вычисляет общие баллы для каждого ребенка,
- определяет группу риска – детей, набравших максимальное количество баллов,
- в случае отмеченного запроса на помощь немедленно связывается с преподавателями для обсуждения случая,

- организует встречу с педагогами для обсуждения случаев детей группы риска,
- формирует статистическую отчетность за требуемые периоды (показатели и формат отчетности разрабатываются психологом совместно с руководством образовательной организации).

При организации наблюдения за детьми, которым возможно требуется психологическая помощь, необходимо подробное инструктирование педагогов и другого персонала образовательной организации, включающее в себя ответы на часто задаваемые вопросы. Такая информация может распространяться в виде развернутых инструкций по психолого-педагогическому сопровождению учащихся. Ниже приведен пример таких инструктивных материалов.

Пример инструкции психолого-педагогического сопровождения образовательной организации. Психолого-педагогическое сопровождение можно разделить на два больших направления – поддержка детей и поддержка педагогов. Ниже они изложены в виде ответов на вопросы, которые часто задают педагоги.

а) Оказание индивидуальной психологической консультативной помощи учащимся

По каким вопросам обращаются учащиеся?

По самым разным. Чаще всего обращения бывают в связи с тревогой в различных ситуациях и трудностей в общении. Из-за волнения перед предстоящим концертом, соревнованием или олимпиадой. Из-за проблем, связанных с любовью и дружбой. Из-за конфликтов с родителями. Учащиеся часто обращаются, чтобы лучше понять себя, свою мотивацию, спланировать свою карьеру и по многим другим вопросам.

В чем состоит психологическая помощь?

Психологическая помощь требуется, когда человек не может самостоятельно разобраться в важном для себя вопросе, справиться с негативными эмоциями или преодолеть привычное, но дезадаптивное поведение. Соответственно, помощь состоит в диагностике истинных причин проблемы с помощью логического анализа, а затем в объяснении ситуации и логических ошибок, которые к ней привели. Нередко в основании логических ошибок лежат сильные негативные эмоции из-за травмирующего опыта. Такие эмоции преодолеваются с помощью специальных упражнений и закрепления новых способов поведения в ситуациях, которые ранее вызывали страх и другие затруднения.

Как дети попадают на прием к психологу?

Есть несколько вариантов. Во-первых, ребенок может сам выразить такое желание, прийти к психологу самостоятельно, либо сообщить об этом педагогу. В соответствии с регламентами, принятыми в образовательной организации, педагог выбирает время, согласуя расписание занятий ребенка с расписанием психолога.

Во-вторых, педагог может посоветовать ребенку обратиться к психологу, если у ребенка есть признаки сниженного настроения, беспокойства или становится известна какая-то информация о том, что ребенок находится в сложной ситуации.

Третий путь посещения психолога связан со случаями нарушения правил пребывания в образовательной организации. Тогда ребенку оказывается помощь по адаптации или имеющимся сопутствующим проблемам.

Сколько длится работа с психологом?

В зависимости от характера проблемы от 15 минут до нескольких часов. Длительные консультации разбиваются на несколько встреч. Если специфика организации состоит в том, что свободное время ребенка ограничено, и попасть к психологу он не успевает из-за занятий, общая рекомендация состоит в том, что психологическое благополучие ребенка важнее всего остального, и его лучше направить на прием вместо занятий, согласовав это с преподавателем.

Как дети узнают о наличии психолога в образовательной организации?

Общая информация о работе психологического кабинета размещена на интернет-странице образовательной организации. В начале обучения детям сообщается о наличии в образовательной организации психологического кабинета. Психолог может проводить занятия с группами детей, разъясняя свои профессиональные задачи и стимулируя самостоятельное обращение.

Как понять, что ребенку требуется помощь?

Универсальные признаки переживаемых человеком проблем — это пониженное настроение, замкнутость, заторможенная мимика, повышенная раздражительность и агрессивность. Впрочем, и эти признаки не всегда надёжны. Процедура наблюдения для педагогов основана на наблюдении ряда легко фиксируемых признаков. К ним относятся, например:

- пониженное настроение, признаки беспокойства;
- частые жалобы на недомогания;
- неспособность ужиться или работать в коллективе;
- боязнь неудачи, страх перед выступлением;
- нарушения распорядка;
- конфликтность, агрессивность;

- слишком частые звонки родителям;
- проблемы в общении с родителями (избегание, раздражительность);
- нарушение пищевого поведения (переедание, отказ от еды).

На основании этих признаков сделана форма наблюдения за поведением учащихся. Форма заполняется педагогами по своему классу, группе или команде по итогам каждой прошедшей недели. Инструкцию по ее заполнению педагоги получают вместе с самой таблицей. Психолог обобщает результаты наблюдения за детьми. По итогам делается отчет, который позволяет определить детей с наиболее высокими показателями поведения «риска». Этим детям уделяется повышенное внимание, а педагогам таких детей оказывается необходимая консультативная помощь.

б) Психолого-педагогическое сопровождение педагогов

Что делать, если ситуация с ребенком требует от педагога повышенного внимания, но явных оснований или желания ребенка обращаться к психологу нет?

Такие ситуации лучше сразу обсудить с психологом, даже если они не вызывают большого беспокойства. Вместе будет проще разобраться в происходящем и выработать стратегию поведения. Проблему проще вовремя предотвратить, чем потом решать.

Можно ли обращаться за советом к психологу по поводу планирования групповых занятий с классом?

Нужно. Групповая работа с детьми – сложный вид воспитательной и психологической работы. Занятие должно быть интересно детям, адаптировано к задачам образовательной организации, нести понятный воспитательный или образовательный эффект, быть безопасным с точки зрения психологии. Хорошее занятие – это всегда результат длительного совместного труда.

Могут ли педагоги обращаться по поводу своих проблем?

Психологическое благополучие педагогов – необходимое условие воспитательного процесса. Поэтому психологическая поддержка педагогов и профилактика их профессионального выгорания – важная часть работы психолога. Такая поддержка может оказываться как в виде индивидуальных консультаций по любым вопросам, так и в виде групповых встреч (по типу балинтовских групп), на которых педагоги обсуждают распространенные проблемные ситуации в своей работе и делятся опытом и идеями по их преодолению.

Если педагог заинтересован в проведении какой-то научно-исследовательской работы, занимается подготовкой магистерской диссертации или иной квалификационной работы, связанной с психологией, можно ли обращаться за консультацией к психологу в этом случае?

Да, с психологом можно обсудить психологическое содержание работы, проекта или плана занятий, проконсультироваться по актуальным научным данным и моделям, связанным с вопросом исследования, или подумать над вопросами соответствия планируемого мероприятия или исследования требованиям безопасности и этики.

**Основы оказания психологической помощи:
материалы для занятия с педагогами**

Ниже приведены опорные материалы для самостоятельного проведения педагогом-психологом групповых занятий по оказанию психологической помощи с педагогами или с учащимися – «Анализ психологической проблемы» и «Применение навыков активного слушания для решения проблемных ситуаций с учащимися». Цель таких занятий не подразумевает формирование профессиональных навыков, а состоит исключительно в повышении психологической грамотности, самопознании, формировании навыков поддерживающего общения с окружающими и самопомощи, что признается важной составляющей программ в сфере здоровья.

Анализ психологической проблемы

Занятие включает в себя три содержательных этапа: определение профессиональной роли при оказании помощи, процедура анализа случая и решение проблемы. Ниже содержание этих этапов раскрыто более подробно.

1) Определение профессиональной роли при оказании помощи

Психологи относятся к специалистам, которым люди доверяют решение своих проблем. Для простоты представим себе ситуацию, когда у нас ломается машина и мы обращаемся в автосервис. Что отличает специалистов автосервиса от остальных людей?

Обсуждение и правильные ответы:

- a) Понимание, как машина должна работать в идеале;
- b) Могут провести диагностику и найти причину поломки;
- c) Знают, как эту поломку можно исправить.

Говоря о психологической помощи, мы можем говорить, что оказывающий её человек должен:

- a) Иметь представление о принципах здорового поведения и характерных поведенческих проблемах;
- b) Уметь диагностировать и находить причины проблем;
- c) Знать принципы преодоления тех или иных проблем.

2) Процедура анализа случая

а) Описание ситуации – первый этап анализа случая. Представим, что к нам обращается ребенок с какой-то жалобой. Что в такой ситуации не хватает для того, чтобы помочь ребенку? Надо попросить его сформулировать, *в чем именно состоит проблема или вопрос?* Мы должны понять, в чем состоит противоречие, которое ребенок не может разрешить самостоятельно и поэтому обращается за помощью.

Переживаемые противоречия зачастую затрагивают не одного, а сразу несколько человек. И эти несколько человек видят ситуацию по-своему. Поэтому мы должны определиться, *чьей именно проблеме мы решаем?* Может быть так, что решение проблемы одного участника автоматически будет означать и решение проблемы другого участника ситуации. Но может быть и наоборот: решение проблемы одного участника ситуации влечет за собой создание или обострение проблемы для другого участника. Значит, решение проблемы следует искать, учитывая все точки зрения на неё.

Завершает описание ситуации уточнение: *что ребенок хочет?* В действительности ответ на этот вопрос далеко не всегда однозначно следует из описания проблемы, и мы часто склонны это сами домысливать за собеседника. А в итоге оказывается, что долгое время говорили о разном и имели в виду разные цели.

Поэтому есть три вопроса, на которые надо получить однозначный ответ при понимании ситуации:

- *В чем состоит проблема или вопрос?*
- *Чья эта проблема?*
- *Чего хочется? К чему мы хотим прийти в итоге?*

б) Диагностика. До сих пор мы говорили о проблеме, чтобы определить противоречие, которое лежит в ее основании. Когда оно определено, можно переходить к описанию причин, которые привели к проблемной ситуации. Когда мы говорим о человеке и его поведении, то для удобства все причины можно разделить на три группы: когнитивная сфера, эмоции и опыт.

- *Когнитивная сфера:* недостаток информации, ложные идеи, неверные представления;
- *Эмоции:* сниженная мотивация, страхи, ограничивающие возможности решения противоречия;
- *Опыт:* неадекватные способы решения проблем, недостаток нужных навыков.

В зависимости от сложности и глубины проблемы, ее причинами может быть только какой-то из поведенческих аспектов. Но обычно, проблема формируется во всех трёх аспектах, которые поддерживают и усиливают друг друга. Выявление структуры причин возникновения проблемы – самый сложный и ответственный этап оказания психологической помощи. Диагностика оканчивается, когда у нас сложилось понимание причин и вынесена *диагностическая гипотеза*. Более подробно процедура диагностики рассмотрена в следующем разделе «Применение навыков активного слушания для решения проблемных ситуаций с учащимися».

в) **Решение проблемы** является завершающим этапом оказания помощи. Его логика строится на результатах диагностического этапа. Каждой выявленной причине проблемы противопоставляется какая-то мера. Они, как и причины проблемы разбиваются на три группы:

- в *когнитивной сфере*: устранение противоречий и недостатка информации о проблеме;
- в *эмоциональной сфере*: восстановление мотивации, преодоление страхов;
- в *сфере опыта*: коррекция привычных способов действия, формирование новых навыков.

На рисунке 7 приведена полная схема решения случая и оказания психологической помощи.

1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
• В чем состоит проблема, противоречие или вопрос? • Чья эта проблема? • Чего хочется? К чему мы хотим прийти в итоге?		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: недостаток информации, ложные идеи, неверные представления		Когнитивная сфера: устранение логических противоречий и недостатка информации о проблеме
Эмоционально-волевая сфера: сниженная мотивация, страхи		Эмоционально-волевая сфера: восстановление мотивации, преодоление страхов
Опыт: неадекватные способы решения проблем, недостаток нужных навыков		Опыт: коррекция привычных способов действия, формирование новых навыков

Рисунок 7. Схема решения случая и оказания психологической помощи.

Для демонстрации обсуждаемой логики анализа случая участникам группы предлагается краткое описание нескольких ситуаций (рисунки 8-12). Все эти кейсы взяты из практики педагога-психолога образовательной организации.

На первом этапе ведущий дает только общее описание ситуации, для анализа которой участники группы должны задавать уточняющие вопросы ведущему.

На следующем шаге группа переходит к обсуждению возможных причин сложившейся проблемы и вынесению диагностической гипотезы. На слайде описание этого блока появляется после обсуждения.

Затем аналогичным образом обсуждаются варианты решения проблемы.

Ведущий комментирует логику вопросов и обсуждения слушателей, направляя поиск, давая необходимые пояснения и подсказывая следующие шаги, если обсуждение заходит в тупик.

Задача этого занятия – формирование у слушателей логики анализа проблемы.

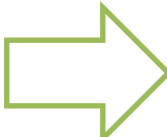
1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
• Девушка, 16 лет, переходит в 11 класс. Не может определиться с выбором между усилиями по получению золотой медали и дополнительными занятиями по живописи, которые необходимы для дальнейшего поступления и профессионализации. • Проблема в том, нужно что-то выбрать. • Хочется достигнуть обеих целей.		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: Нет понимания, как можно совместить две цели.		Когнитивная сфера: Долгосрочное и краткосрочное планирование: понимание своих целей, оптимизация (за лето можно делать часть работ по живописи, чтобы снизить осеннюю нагрузку)
Эмоционально-волевая сфера: Не хватает сил. Страх перед родителями, которые настаивают на красном дипломе. Есть текущие неудачные отношения		Эмоционально-волевая сфера: Помощь в выстраивании диалога с родителями, в первую очередь, чтобы почувствовать поддержку с их стороны. Пересмотр неудачных отношений, поскольку они отнимают много эмоциональных ресурсов.
Опыт: Не хватает опыта принятия самостоятельных решений		Опыт: Составление, принятие и реализация плана действий, осознание собственной ответственности за него

Рисунок 8. Кейс 1.

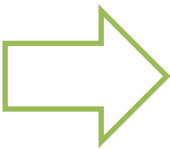
1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
- Девушка, 15 лет, расплакалась и выбежала из аудитории с занятия по тайм-менеджменту. Из-за этого попала на прием к психологу. - Проблема в плохом самочувствии из-за высокой тревожности. Живет в состоянии повышенного нервного напряжения. Может расплакаться при малейшей неудаче. - Хочет адекватно реагировать на неприятности.		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: Часто использует в речи слова: «я же должна», «мне необходимо», «я ничего не успеваю» и т.д. Уверена, что должна быть все время в напряжении, не позволяет себе отдыхать.		Когнитивная сфера: Информирование об эмоциональных ресурсах здоровья. Понимание причин неадекватных требований к себе
Эмоционально-волевая сфера: Очень боится сделать что-то не то, боится негативного отношения матери, которая вместо поддержки обычно выражает негативное отношение к дочери		Эмоционально-волевая сфера: Помощь в восстановлении нормального эмоционального контакта с родителями. Понимание и реализация своих желаний, особенно связанных с удовольствием.
Опыт: Привыкла тяжело реагировать на неудачи		Опыт: Определение сложных ситуаций, их анализ, упрощение, и пошаговое преодоление

Рисунок 9. Кейс 2.

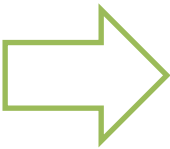
1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
- Хоккеист, 17 лет. Использует в речи мат, выносит еду из столовой, ведет себя по-хамски с сверстниками, взрослыми и родителями и т.д. Востребован как хоккеист, но в хорошие клубы не берут из-за его характера. - Проблема хоккеиста: напряженные отношения с окружающими - Хотелось бы лучше управлять собой		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: Окружение воспринимает как враждебное. Любую обратную связь воспринимает как личную критику и повод к нападению		Когнитивная сфера: Взвесить выгоды и потери своего поведения. Понимание вежливости, тактичности и рационального поведения, как формы социального капитала
Эмоционально-волевая сфера: Не чувствителен к эмоциям окружающих. Сниженная самооценка и желание доминирования и самоутверждения		Эмоционально-волевая сфера: Развитие внимания к чувствам своим и окружающих в любых ситуациях: «Что я сейчас чувствую?», «Что они сейчас чувствуют?», «В чем моя цель?»
Опыт: Выученные способы поведения. Стигматизация: у окружающих сложились соответствующие ожидания, которым он уже следует		Опыт: Анализ случаев нерационального поведения. Формирование навыков рационального поведения

Рисунок 10. Кейс 3.

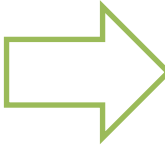
1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
- Обратился тренер команды синхронного фигурного катания с просьбой провести занятие на мотивирование команды. По мнению тренера, участницы команды выглядят беспричинно расстроенными на льду, некоторые подавлено. - Проблема тренера: несоответствие эмоционального фона команды требуемому. - Требуется полная отдача от всех членов команды.		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: Тренер не понимает причин сниженного эмоционального фона участниц команды. Индивидуальный разговор психолога с участницами команды выявил наличие негативного лидера, капитана команды, которая фактически травила её молодую часть		Когнитивная сфера: Тренеру определиться с капитаном команды
Эмоционально-волевая сфера: Нет достаточного эмоционального контакта между тренером и участницами команды.		Эмоционально-волевая сфера: Тренеру больше общаться с участницами команды неформально.
Опыт: Разобщенность команды, её разделённость на две части – «старых» и новых» участниц		Опыт: В команде выбрать нового лидера, провести тренинг на сплочение команды

Рисунок 11. Кейс 4.

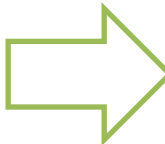
1. ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ		
- Обратился педагог. В его маленьком классе поссорились два мальчика, 11 и 12 лет. Напряжение нарастало некоторое время, поскольку один из мальчиков ведет себя странно. Инцидент возник, когда он решил напугать, выскочив из-за угла. Второй, обычно тихий, рефлексивно его ударил, выставив кулак. Мириться не хотят, действуют друг на друга раздражающе. - Проблема у образовательной организации: конфликт между детьми - Цель педагога: помирить, не изолируя учеников друг от друга		
2. АНАЛИЗ ПРИЧИН		3. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Когнитивная сфера: Непонимание личных границ и норм общения со стороны одного из мальчиков.		Когнитивная сфера: Объяснение норм поведения, ценности личных границ. Объяснение выгод рационального поведения: «Все равно учится в одном классе, выгоднее жить без взаимного раздражения»
Эмоционально-волевая сфера: Сформировавшееся чувство враждебности друг по отношению к другу		Эмоционально-волевая сфера: Понимание мотивов и эмоций друг друга. Показать обоим, что в их поступках нет враждебности, есть неудачные попытки общения
Опыт: Напряженность, когда оказываются вместе в классе		Опыт: Сформировать навык диалога и примирения на будущее. Сформулировать взаимные правила и границы комфортного взаимодействия

Рисунок 12. Кейс 5.

После обсуждения кейсов, приведенных здесь для примера, ведущий или участники группы могут предлагать случаи из своей практики и, пользуясь приведенной выше логической схемой решения проблемы, обсуждать их возможные решения.

Важно отметить, что активным участником решения проблемы является сам человек, которому оказывается помощь. Смысл психологической помощи состоит в том, чтобы мобилизовать человека на работу над собой, но не вовлекаться в проблему в качестве её участника! Если с помощью приведенной поддерживающей процедуры не удастся решить проблему, то человеку, которому требуется помощь, следует обратиться к профессиональному психологу, а роль педагога состоит только в том, чтобы направить человека к этому решению. Еще одно важное замечание состоит в том, педагог не является профессиональным психологом, он не обязан оказывать психологическую помощь, а может это делать только в той мере, в которой чувствует для этого желание и силы!

Применение навыков активного слушания для решения проблемных ситуаций с учащимися

Диагностика является самым сложным этапом оказания психологической помощи, поскольку предполагает получение заранее неизвестной информации. С одной стороны, при анализе проблемы необходимо опираться на формальную логику, находя несоответствия и упущения в имеющейся информации. А с другой стороны, сохранять атмосферу естественного безопасного общения. Таким образом, этот процесс требует и определенного напряжения когнитивных возможностей, и эмоционального ресурса специалиста.

Навыки бережного общения можно формировать, осваивая техники активного слушания, применительно к конкретным случаям, актуальным для педагогов. Активное слушание – это ряд приемов, помогающих преодолеть эмоциональные и когнитивные барьеры общения, к ним относят:

1. Выслушивание.
2. Эмоциональное присоединение.
3. Перефразирование.
4. Уточнение.
5. Получение согласия.

1. Выслушивание.

Когда мы слышим от собеседника что-то непонятное или отличное от своего мнения, у нас возникает естественная реакция сопротивления: мы начинаем обдумывать контраргументы, и не дослушивая собеседника, теряем с ним эмоциональный контакт. В ответ наш собеседник тоже занимает оборонительную позицию.

Поэтому необходимо сделать своей привычкой внимательное выслушивание собеседника. А в ситуации спора дождаться окончания возражения или вопроса, выдержать паузу, чтобы убедиться, что собеседник всё высказал.

Поддерживайте зрительный контакт с собеседником. Используйте мимику, язык тела, чтобы показать интерес к тому, что говорит ваш партнёр. Обязательно повернитесь к нему лицом. Ваше положение по отношению к собеседнику и ваша поза – первые и самые сильные сигналы о том, насколько вы готовы его слушать и услышать. Все люди очень чувствительны к таким сигналам, даже если не осознают этого.

Часто сама по себе возможность высказать возражение полностью без встречного сопротивления гасит импульс спора. Бывает, даже что собеседник возражает просто для того, чтобы высказаться, ничего не имея против по сути вопроса.

Нередко собеседник, возражая и видя, что его слушают, сам начинает предлагать альтернативы и возможные пути решения противоречия. Это дает нам возможность понять причины возражений и найти пути выхода.

Если же остановить поток возражений и жалоб не удаётся, надо переходить к следующему этапу при первой удобной паузе в речи собеседника.

2. Эмоциональное присоединение.

Собеседнику, особенно если он чем-то расстроен, не следует задавать вопросы, потому что фраза, оформленная как вопрос, не отражает сочувствия, а создает впечатление, что спрашивающий интересуется только фактами. Поэтому желательно, чтобы наши вопросы ответы звучали в утвердительной форме. Утвердительная интонация демонстрирует, что мы уже приняли позицию собеседника и снижет его опасения подвергнуться критике.

Казалось бы, разница между утвердительным и вопросительным фразами очень незначительна, иногда это всего лишь тонкая интонация, а реакция на них бывает очень разная. Например, на вопрос «Что случилось?» расстроенный

человек, особенно ребенок, часто отвечает «Ничего!». А если вы скажете: «Что-то случилось...», то ему бывает легче начать рассказывать.

3. Перефразирование.

Многие люди часто начинают описывать свою проблему, начиная с второстепенных деталей, полагая что многое собеседнику и так известно, либо сознательно что-то скрывая. При этом мы, со своей стороны, можем полагать, что понимаем обсуждаемую проблему и суть сказанного собеседником. Но это может оказаться и совсем не так, особенно если мы не видим контекста ситуации. Поэтому следующий шаг состоит в повторении сказанного собеседником, но в сокращенном, обобщенном виде, выделяя самое существенное в его словах. Это необходимо, с одной стороны, чтобы собеседник понял, что мы его понимаем. С другой стороны, нам самим нужно убедиться, что мы понимаем его правильно.

При этом можно начать с вводной фразы: «Как я понял Вас...», «По Вашему мнению...», «Другими словами, ты считаешь, что...» и т.п.

Если мы находимся в ситуации спора, то понимание собеседника становится еще важнее. При этом, понять, еще не значит согласиться. Понять, означает готовность решать проблему совместно, а не в конфронтации. И эту готовность важно обозначить собеседнику соответствующей мимикой и фразами, вроде «Я тебя понимаю». И конкретизировать, что именно мы понимаем.

4. Уточнение.

Если предыдущий прием – перефразирование – это «отражение» слов собеседника, то уточнение необходимо для локализации причин проблемы. (Уточнение может быть и ложным, когда мы выдвигаем любое объяснение происходящему, полагая, что собеседник захочет его уточнить и выскажет своё истинное мнение). Могут использоваться такие фразы: «Таким образом, ты сделал это потому что ...?», «Значит такая ситуация сложилась из-за того, что ...?» и т.д.

Для понимания контекста ситуации полезно зада ориентирующие вопросы, например:

- Что именно беспокоит? Что-то еще?
- В чём именно состоит проблема или вопрос?
- Была ли такая проблема раньше? Когда это началось?
- Что еще значимого происходило в тот период?
- Как обычно решаются такие проблемы?

- Есть ли поддержка от родителей / учителей / тренера / сверстников, как с ними складываются отношения?
- Что будет, если ...?
- Почему что-то не получается / не хочется / страшно сделать?
- К чему бы хотелось привести ситуацию?

Приём «уточнение» необходим для постановки диагностической гипотезы. Стадию диагностики можно считать завершённой, когда удалось:

- а) перечислить ключевые поводы беспокойства человека,
- б) обнаружить причины этих беспокойств.

5. *Получение согласия* – приём, являющийся продолжением приведенных выше приемов активного слушания. Эта техника направлена на поиск общей точки зрения собеседников, которая формируются на основе аргументов, приемлемых для обеих сторон. Чтобы получить согласие по какому-то вопросу, разбейте вопрос на несколько мелких, с которыми ваш собеседник вероятно согласится. Такой прием называется – получение маленьких «Да».

Не забудьте в завершении разговора убедиться, что у вашего собеседника не осталось вопросов, что он согласен с вашими доводами, что вы договорились в плане совместных действий и одинаково их понимаете. Назовем этот прием *резюмированием*.

После теоретической части занятия ведущий может использовать готовые примеры диалогов педагогов с детьми для анализа вместе с группой (приведены ниже). Ведущий зачитывает диалог, предлагая группе увидеть, какие техники активного слушания использованы педагогом.

Следующий этап занятия может проводиться в виде ролевой игры, где ведущий выступает в роли человека, которому оказывается помощь, а группа – тех, кто оказывает помощь. Для этого ведущий (педагог-психолог) выбирает пример из своей практики и дает его краткое вводное описание. Задача группы с помощью техник активного слушания:

- составить полное описание ситуации,
- выяснить причины проблемы,
- предложить шаги по ее решению.

По итогам проводится обсуждение, все участники дают свою обратную связь по впечатлениям: что получилось, что не получилось, как шло обсуждение, какие цели достигнуты, а какие нет, и почему?

Далее педагогам предлагаетсяделиться на пары, выбрать любой актуальный случай из их практики и подготовить свой мини-диалог, с объяснением логики его решения. Когда пары готовы, каждая воспроизводит свой диалог перед группой. Группа разбирает логику разговора с точки зрения приемов активного слушания и предлагаемых рекомендаций, внося свои предложения.

Резюме занятия состоит в подчеркивании того, что оказание психологической помощи – вполне рациональный процесс, в основании которого лежит более-менее структурированная процедура. Однако есть и её вариативная часть, которая включает в себя навыки установления доверительного контакта, локализации причин и подбора подходящих способов решения проблемы, которые формируются с опытом.

Кейсы

1. Конфликт в коллективе.
2. Несоблюдение правил пребывания в центре, демонстративное поведение.
3. «Со мною никто не хочет дружить».
4. Трудности в адаптации ребенка в центре.
5. Отказ от участия в необязательной лекции.

Кейс 1. Конфликт в коллективе

Проектная команда, старший подростковый возраст. Есть мальчик, который не вписывается в коллектив, у него не получается работать в проектной команде. Педагог видит, что мальчик ничего не делает, когда остальные работают над проектом.

Задача: помочь вписаться в коллектив и учебный процесс.

Педагог: Ты чего-то не вместе со всеми. (Эмоциональное присоединение).

Учащийся: Я решаю свою задачу.

Педагог: Обычно в команде решают командные задачи.

Учащийся: Да, но меня никто не слушает. Я предложил лучшее решение проекта. Но остальные реализуют решение, которое приведет к ошибке.

Педагог: Правильно ли я понимаю, что вы обсуждали разные варианты решения. Ты предложил свой способ, но тебя не услышали? *(Перефразирование)*.

Учащийся: Да. У нас было обсуждение.

Педагог: А ты услышал и понял всю аргументацию своих коллег? *(Уточнение)*.

Учащийся: Да.

Педагог: И ты подробно изложил свою точку зрения, объяснил всем свои аргументы? *(Уточнение)*.

Учащийся: Да. Ну не совсем. Мы стали спорить, а потом я не успел договорить про свой вариант. Потом мы больше ничего не обсуждали.

Педагог: Правильно ли я понимаю, что у вас в команде был спорный вопрос, от которого зависит результат проекта? Но вы не смогли изложить друг другу свои аргументы, взвесить их и выбрать какой-то один оптимальный вариант? *(Перефразирование)*.

Учащийся: Получается так.

Педагог: Что ты чувствуешь по отношению к коллегам? *(Уточнение)*.

Учащийся: Обиду.

Педагог: И теперь ты решил сделать по-своему, чтобы доказать свою правоту? *(Уточнение)*.

Учащийся: Ну да.

Педагог: Проектная работа подразумевает, что результат может получиться только в ходе командной работы. То есть, если вы не будете работать вместе, то у вас ничего не получится, или получится хуже, или вы не успеете к сроку. Согласен? *(Согласие)*.

Учащийся: А что мне делать, они меня не слушают?

Педагог: У команды есть простой выбор: либо все готовы выслушать остальных и сформировать общее видение проблемы, либо команда не успевает к сроку. Ты готов обстоятельно объяснить свою позицию и выслушать остальных? *(Уточнение)*.

Учащийся: Наверное, да. Но мы сейчас не очень-то общаемся.

Педагог: Но если не брать в расчет эмоции, ты согласен с тем, что чем быстрее вы вернетесь к диалогу, тем выше ваши шансы успешно завершить проект? *(Согласие)*.

Учащийся: Да.

Педагог: То есть эмоции сейчас только мешают. Так? *(Согласие)*.

Учащийся: Да.

Педагог: Значит сейчас их нужно отставить в сторону и собраться и еще раз всё проговорить. *Согласен? (Согласие).*

Учащийся: Да.

Педагог: Хорошо. Ты сможешь сам наладить общение с коллегами или нужна помощь?

Учащийся: Смогу.

Педагог: Это очень важный шаг с твоей стороны. Для многих это бывает трудно. Уверен, ты справишься! *(Поощрение и резюмирование).*

Диагностическая гипотеза: учащийся не смог донести свою точку зрения до остальных, обиделся и выключился из работы команды.

Решение: вернуться к обсуждению вариантов и контролировать эмоции.

Кейс 2. Несоблюдение правил пребывания в образовательной организации, демонстративное поведение.

Подросток постоянно нарушает правила пребывания в образовательной организации, но делая что-то по мелочи: опаздывает, не надевает положенную одежду, выносит еду из столовой, пренебрежительно разговаривает с окружающими.

Задача: нормализовать поведение.

Педагог: Ты сегодня опять опоздал, и вообще, часто нарушаешь правила. Можно узнать, что ты об этом думаешь?

Подросток: Ну мне эти правила не нравятся, я не всегда могу их соблюдать.

Педагог: Каждое правило в школе связано с какой-то необходимостью. Без этих правил школа не могла бы функционировать. Правила общие для всех, и кому-то их проще соблюдать, кому-то сложнее. Если тебе сложно соблюдать какие-то правила, давай вместе подумаем, как сделать их соблюдение проще *(Эмоциональное присоединение).*

Подросток: А почему я должен их вообще соблюдать?

Педагог: Потому же, почему и правила дорожного движения. Соблюдая правила, ты получаешь в полном объеме всю учебную программу, и это не требует от тебя каких-то усилий. Нарушая правила, ты портишь отношения с классом. И кроме того, ты рискуешь быть отчисленным. Ради чего? Что ты приобретаешь, нарушая правила?

Подросток: (пауза).

Педагог: Я правильно понимаю, что для тебя не составляет большого затруднения прийти вовремя, но ты опаздываешь специально? (*Уточнение*).

Подросток: Получается так.

Педагог: То есть, опаздывая ты извлекаешь для себя какую-то выгоду? Можно ли сказать, что смысл в том, чтобы продемонстрировать остальным, что ты выше правил, которые остальные соблюдают, а ты нет? Или есть какой-то другой смысл? (*Уточнение*).

Подросток: Наверное, да, это такая демонстрация.

Педагог: Как ты думаешь, что они чувствуют, когда ты так делаешь?

Подросток: Наверное, раздражение.

Педагог: А что именно их раздражает, как ты думаешь? (*Уточнение*).

Подросток: Получается, это такая демонстрация превосходства.

Педагог: Получается, что ты таким образом, достигаешь обратного эффекта. Вместо одобрения ты получаешь раздражение от класса. Можно придумать другие способы получить одобрение. Могу тебе в этом помочь.

Подросток: Хорошо.

Диагностическая гипотеза: причина опозданий (несоблюдения правил) – демонстративное поведение (которое может быть следствием, например, детских переживаний, связанных с недостатком внимания матери). Оно неосознанно направлено за повышение статуса в группе.

Решение: найти более адекватный способ повышения статуса в группе.

Кейс 3. «Со мною никто не хочет дружить»

Девушка в классе малообщительная, часто одна, эмоционально сдержана, почти никогда не улыбается.

Задача: определить источник проблемы и помочь с ее решением.

Педагог: Мне показалось, ты мало общаешься с другими, чаще проводишь время одна.

Девушка: Да, я не могу находить себе друзей, даже здесь не получается.

Педагог: Похоже, тебя это расстраивает. (*Эмоциональное присоединение*).

А в обычной жизни у тебя разве нет друзей? (*Перефразирование*).

Девушка: Была подруга, но мы с ней сейчас не общаемся.

Педагог: Вокруг нас множество твоих сверстников, у которых есть друзья и знакомые. Ты считаешь, что тебя что-то от них отличает? (*Уточнение*).

Девушка: Ну, я общаюсь только с людьми, с которыми оказываюсь вместе в каких-то рабочих ситуациях. Когда есть какой-то формальный повод. Я веду блог, и его любят читать мои одноклассники. Но это не делает нас друзьями. Я пытаюсь знакомиться, но ничего не получается. Люди реагируют на меня как на что-то лишнее. Наверное, дело во мне.

Педагог: То есть, я правильно понимаю, что ты много раз пыталась завязать знакомство, но всякий раз тебя игнорировали? (*Уточнение*).

Девушка: Да, так и было! ... Один раз точно. После того раза я перестала предпринимать попытки познакомиться, но я чувствую, что людям это не надо. У них и так всё хорошо, много своих друзей, зачем еще я? А я не хочу навязываться.

Педагог: Из твоих слов я понимаю, что у тебя был единичный неудачный опыт, а вообще-то ты не делаешь попыток знакомств, потому что считаешь, что они закончатся неудачей. Можно так сказать? (*Перефразирование*).

Девушка: Пожалуй, да.

Педагог: По единичному опыту нельзя делать выводы. Мы вообще-то не обязаны всем нравиться. Поэтому давай не будем ссылаться на неудачный опыт, а подумаем, почему ты так уверена в неудаче. Как ты себе представляешь человека, который может легко завязывать знакомства, что его отличает от других?

Девушка: Он умный, с ним интересно разговаривать.

Педагог: Ты говоришь о том, как его воспринимают окружающие. А что сам человек делает, чтобы быть интересным, как он себя ведет?

Девушка: Он улыбается, он эмоционально реагирует на происходящее и разговор. Он эмоционально поддерживает собеседника. Он умеет слушать других и умеет заинтересовать.

Педагог: Хорошо. А ты сама демонстрируешь эти качества, когда пытаешься общаться с другими?

Девушка: Наверное, нет.

Педагог: А почему бы их не начать демонстрировать?

Девушка: Я боюсь, что мне не ответят взаимностью.

Педагог: А что если здесь обратная причинно-следственная связь: тебе не отвечают взаимностью, потому что ты не демонстрируешь дружеские чувства?

Представь, что ты оказалась рядом с человеком, который ведет себя, так же как ты. Ты бы подумала, что он хочет с тобой дружить?

Девушка: Наверное, нет.

Педагог: Получается, что надо начать с формирования поведения, которое обычно демонстрируют дружелюбные люди. Ты согласна?

Девушка: Да.

Педагог: Тогда давай подумаем, в чем может состоять такое поведение. Хорошо?

Девушка: Да.

***Диагностическая гипотеза.** У девушки страх отторжения другими (в рамках нашей задачи обучения, не важно, какие это причины). Из-за него сложился недостаток навыков общения. Из-за единичного негативного опыта у девушки укрепились идея, что она никому не интересна.*

***Решение:** преодолеть страх и начать демонстрировать окружающим признаки дружелюбия. Постепенно это сложится в навык и уйдет страх, по мере появления удачного опыта.*

Кейс 4. Трудности в адаптации ребенка в школе

Летний лагерь. Девушка, 10 лет, постоянно «висит» на телефоне, звонит родителям, из-за чего может опаздывать на занятия. Родителей это тоже беспокоит. Задача в том, чтобы договориться о том, что звонков будет меньше.

Педагог: Ты много разговариваешь по телефону, и бывает, что из-за этого ты отвлекаешь команду опозданиями на занятия. Что тебя беспокоит?

Ребенок: Мне нужно поговорить с мамой.

Педагог: Нужно поговорить с мамой, потому что ты чем-то расстроена? (Уточнение).

Ребенок: Да.

Педагог: Ты в первый раз оказалась так далеко от дома, или тебе что-то здесь не нравится? (Уточнение).

Ребенок: Первый раз так далеко.

Педагог: Знаешь, это бывает довольно часто. Каждую смену есть дети, которым первое время тяжело вдали от родителей. Но в этом же нет ничего страшного. Ты занимаешься спором, и поэтому тебе придется уезжать на разные сборы и соревнования всё дальше и на дольше. Так ведь? (Согласие).

Ребенок: Да.

Педагог: А когда ты часто звонишь маме, она тоже волнуется за тебя? (Согласие).

Ребенок: Да.

Педагог: Из-за звонков бывает, что ты опаздываешь на занятия? *(Согласие).*

Ребенок: Да.

Педагог: Сейчас у тебя есть хороший шанс сделать над собой усилие и стать немного взрослее. Давай я тебе в этом помогу, чтобы ты пользовалась телефоном, как взрослый человек. *(Согласие).*

Ребенок: Хорошо.

Педагог: Давай так: чтобы телефон тебя не отвлекал, а мама не расстраивалась, ты будешь звонить домой только когда нет занятий, только вечером. Только ты ей больше не будешь говорить, как ты скучаешь, а будешь рассказывать, что у тебя случилось за день. Согласна? *(Согласие).*

Ребенок: Да.

Педагог: Тогда я тебе предлагаю еще одно условие. Если у тебя не получится с собой справиться, то ты будешь оставлять телефон мне, а я его буду давать тебе только вечером? Тебе это поможет с собой справиться. Согласна на такое условие? *(Согласие).*

Ребенок: Хорошо. Но я справлюсь.

Диагностическая гипотеза. У ребенка тревожное состояние из-за того, что он оказался впервые вдали от дома. Пытается снять тревогу тем, что часто звонит маме. Мама в ответ тоже тревожится за ребенка.

Решение: надо оторвать ребенка от телефона, объяснив ему его ситуацию.