



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛУЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

### Профилактика аддиктивного поведения подростков

Выпускная квалификационная работа  
по направлению 39.03.02 Социальная работа  
Направленность «Социальная защита и обслуживание семей и детей»

Проверка на объем заимствований:

57,67 % авторского текста  
Работа допущена к защите  
«   »     2019 г.  
зав. кафедрой СРПиП      
Соколова Н.А.

Выполнил:

студент группы 406/103-4-1  
Костинов Константин Сергеевич

Научный руководитель:

кандидат педагогических наук, доцент  
кафедры СРПиП    

Димухаметов Р.С.

Челябинск  
2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
<b>Глава I Аддиктивное поведение как социальная проблема .....</b>	<b>7</b>
1.1 Аддиктивное поведение, понятие и этапы.....	7
1.2 Формы зависимого поведения подростков .....	13
1.3 Методы проведения профилактики аддиктивного поведения.....	23
Выводы по первой главе.....	29
<b>Глава II Диагностика аддиктивного поведения и первичная профилактика зависимого поведения.....</b>	<b>31</b>
2.1 Исследование зависимого поведения подростков.....	31
2.2 Анализ и систематизация результатов исследования.....	38
2.3 Проект «Защитники» по профилактике аддикций в подростковой среде.....	42
Выводы по второй главе.....	49
<b>Заключение.....</b>	<b>51</b>
<b>Библиографический список.....</b>	<b>53</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>58</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Вопрос аддиктивного (зависимого) поведения в современном обществе оказался едва ли не самым трудноразрешимым из всех стоящих перед обществом. Актуальность работы данного исследования объясняется тем, что нынешний социум стремится иметь здоровых, образованных детей, имеющих чёткие цели в жизни и готовые их осуществлять. Но большая часть людей в последнее время сталкиваются с различными трудностями, что приводит их к агрессивности, фрустрации и необходимому поиску выхода из них.

К благоприятному состоянию и материальной стабильности стремится любой человек, но в повседневной жизни это не всегда возможно. Чтобы пережить негативное состояние и расслабиться, люди используют различные способы. В одном случае – это внутренние ресурсы: хобби, работа, спорт, в других случаях – это внешние ресурсы: поддержка со стороны близкого человека. В норме данные способы ни сколько не влияют на психологический комфорт человека, а только помогают и являются составляющей любой полноценной жизни. Как только данный способ становится основой всего, сводя на второй план все остальные аспекты жизнедеятельности и человеческие факторы в целом, то можно предположить возникновение аддиктивного (зависимого) поведения.

Проблема встает очень остро, если дело касается такого аддиктивного (зависимого) поведения, как наркомания и алкоголизм. Министерство внутренних дел Российской Федерации приводит данные о том, что потребление алкоголя и наркотиков все больше прогрессирует среди молодого поколения. Статистика показывает, что достаточно большой процент молодых людей имеет хотя бы один опыт употребления веществ наркотических групп (54 % мужского пола и 23 % женского пола). В этом же возрасте проявляется значительное возрастание процента употребления алкоголя [32].

Поэтому, безусловно, существует необходимость коррекционных воздействий и профилактики зависимого (аддиктивного) поведения, так как в

современном мире появилось огромное количество видов аддиктивного поведения, которые способны перетекать из одной в другую. Например, курильщик, который бросает курить начинает замещать свою потребность едой. Следовательно, необходимо проводить коррекционные воздействия, исследуя все виды аддиктивного поведения, а не одну.

Важной проблемой является само аддиктивное поведение, потому как в значимой степени проявления, может иметь ряд критических последствий, таких как снижение работоспособности, недопонимание с близкими людьми, криминальные поступки и т.д. Актуальность определяется не только стремительным ростом количества людей с наркотической и алкогольной зависимостью, но и с новыми видами зависимости, активно развивающимися наряду с информационными технологиями, которые имеют большой риск для психологического состояния и благополучия, поэтому возникает необходимость модификации имеющихся подходов к психологической работе с большими группами населения.

Учитывая все вышесказанное, можно считать тему работы **«Профилактика аддиктивного поведения подростков»** - актуальной.

**Объект исследования** – аддиктивное поведение подростков.

**Предмет исследования** – **Закономерности, принципы, формы и методы профилактики аддиктивного поведения.**

**Цель работы:** рассмотрения подростка в аспекте аддиктивных проявлений, определение сущности зависимого поведения и принципов социально-профилактической работы.

Исследовательские задачи:

1. Анализ теоретических концепций по теме аддиктивного (зависимого) поведения.
2. Рассмотреть понятие и особенности аддиктивного (зависимого) поведения.

3. Изучить особенности формирования аддиктивного (зависимого) поведения, методы профилактики такого поведения.
4. Провести опрос подростков 13-15 лет.
5. Провести статистический анализ полученных результатов.
6. На основании полученных данных разработать проект «Защитники».

Для решения поставленных задач применялся комплекс методов:

Теоретические: абстрагирование, аналогия, классификация, обобщение, сравнительный анализ, изучение и анализ документации, архивных источников, теоретический анализ психолого-педагогической литературы по теме исследования;

Эмпирические: психолого-педагогический эксперимент (констатирующий формирующий и контрольный этапы), тестирование, беседа, наблюдение, опрос, моделирование.

**Объект исследования** – аддиктивное поведение подростков.

**Предмет исследования** – Закономерности, принципы, формы и методы профилактики аддиктивного поведения.

Теоретическая и практическая значимость работы проявляется в том, что анализ проблем, представленных в ВКР, позволяет глубже изучить, понять особенности аддиктивного поведения подростков, уточнить особенности его проявления. Квалификационная работа ориентирована на анализ показателей диагностики зависимости подростков, разработку проекта, формирование адекватных мер по первичной профилактике и предотвращению проявления зависимости.

Базой исследования в данной работе, являлась МБОУ «СОШ № 51 г. Челябинск», активно использовался опыт социальных педагогов в данном образовательном учреждении, их апробированные методики в области диагностики, профилактики и коррекции аддиктивного поведения подростков.

Также в данную работу были включены материалы полученные в ходе исследования, проведённого на 3-ем курсе обучения, в МАОУ «СОШ №30 г. Челябинск» , профилактических бесед и материалов личных дел учащихся в возрасте от 13 до 15 лет на правах анонимности.

## ГЛАВА 1 АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

### 1.1 Аддиктивное поведение, понятие и этапы

В психологии не редко встречаются такие термины как «зависимость» и «аддикция». Эти термины всегда рассматривали с негативных сторон, понимая как вредные и разрушительные привычки. Сравнивая данные термины можно сказать, что зависимое поведение не всегда может быть аддикцией. Например, заболевший человек находится в зависимости от лекарственных препаратов для излечения болезни, тогда как алкоголик или наркоман не только зависит от потребляемого вещества, но и соотносит себя с аддиктивным поведением.

«Аддиктивное поведение – стремление к уходу от реальности, по средством изменения своего психического состояния» [18, с.291]. Аддиктивное поведение – один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления человека к уходу от реальности, путём искусственного изменения своего психического состояния, посредством применения некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций» [28, с. 34]. «Зависимость может рассматриваться как самоподдерживающаяся форма активности, порождающая специфическое личностное образование» [4, с. 7]. Развитие аддиктивного поведения происходит незаметно. Сперва, это совсем безобидное начало, сопровождающееся обычным удовлетворением потребностей. Затем это постепенно перетекает в нарастающее поведение, которое личность не в силах контролировать, после чего наступает уже устоявшиеся аддиктивное поведение. Продолжительность развития аддиктивного поведения может зависеть от принимаемого вещества, а так же от возраста, пола, личностных характеристик индивида. Вместо того чтобы найти какой-то оптимальный выход из сложной ситуации аддиктивная личность просто избегает проблем. Адаптационные

возможности нарушаются на психофизическом уровне. На первой стадии адаптационных возможностей возникает психологический дискомфорт, который может быть нарушен по всевозможным причинам. Люди по-разному реагируют на перепады своего настроения. У одних это проявляется в естественном сопротивлении с трудными жизненными ситуациями, возможностью брать ответственность за происходящее и решением достигнутой проблемы. У других же, чтобы перенести это, нужно приложить немало усилий или в противном случае это становится вообще невозможным.

Аддикты не редко испытывают трудности с переносимостью каких-либо проблемных ситуаций. Такие люди ищут способ ухода от проблемы искусственным изменением своего сознания и получения положительных эмоций. Следовательно, у человека возникает иллюзорная картинка решения ситуации. Данный способ позволяет преобладать над другими способами решения проблемы. Это с легкостью закрепляется в поведении человека и становится устойчивым методом взаимодействия с действительностью, тем самым мешает реализации естественного способа решения проблемы. Также данный способ имеет наименьшую сопротивляемость к путям решения, что привлекает аддикта. У личности возникает ощущение обособленности от своих проблем, о которых можно забыть, воспользовавшись простым способом сосредоточив свое внимание на каких-либо поступках или объектах. Также зачастую аддиктивная личность имеет проблемы во взаимоотношениях с близкими людьми, общение становится поверхностным. Аддикт отдает предпочтение одиночеству и уходу в себя [1].

Далее будет рассмотрена тематика аддиктивного поведения с позиций различных подходов и авторов научных трудов. Итак, изучение аддиктивного поведения приводит к созданию целой научной отрасли в 20 веке – аддиктологии. Главным аспектом в этой отрасли является факт влияния продолжительности аддиктивного поведения на зарождение и динамику других форм отклоняющегося поведения. Поэтому вовремя обнаруженное аддиктивное поведение, его коррекция и профилактика является предупреждением иных



форм нарушения поведения. Аддиктивное поведение изучается в зарубежной науке в разных направлениях.

Перечислим некоторые из них:

- Психоанализ (А. Адлер, Э. Берн, З. Фрейд, Э. Фромм, Э. Эриксон);
- Интеракционизм (Т. Шибутани);
- Когнитивная психология (Дж. Гриндер, Дж. Келли, Г. Олпорт,

Л. Фестингер);

- Гуманистическая психология (А. Маслоу, К. Роджерс);

–Гештальтпсихология (В. Келер, К. Коффка, К. Левин);

–Психосинтез (Р. Ассаджиоли). В отечественной психологии проблема аддиктивного поведения выражена с разных сторон: - Зависимое поведение как «ложно опредмеченная потребность» (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин);

–Зависимое поведение как «недостаточно сформированная эго-идентичность» (Н.В. Дмитриева, Т.А. Донских, Ц.П. Короленко);

–Зависимое поведение как «стабильная психологическая система, меняющая мотивационную сферу и смещающая волевой потенциал» (Д.В. Четвериков). Проблемы коррекции аддиктивного поведения личности раскрыты в трудах таких российских ученых, как А.В. Гоголева, Е.В. Змановская, Ю.А. Клейберг, В.Д. Менделевич, Р.В. Овчарова и др. В данных работах поднимаются вопросы и структуры личности, предрасположенные к аддиктивному поведению, и факторов внешней и внутренней среды, приводящих к трансформации личности и подверженности ее аддиктивным агентам, и методов и способов коррекции и реабилитации аддиктивного поведения [13].

Для выявления аддиктивного поведения как отклоняющегося следует выделить его основные признаки:

- Антиципация аддиктивного поведения;

- Затяжное аддиктивное поведение;
- Вынужденное увеличение частоты и объема употребления для достижения желаемого эффекта;
- Социальное взаимодействие ставиться под угрозу;
- Непрерывное желание избавления от привычки;
- Абстинентный синдром (возникновение симптомов различного хара тера при полном прекращении приема психоактивных веществ);
- Употребление психоактивных веществ как копинг-стратегии;
- Отказ от других способов получения удовольствия;
- Игнорирование другими видами деятельности в пользу аддиктивного поведения [9].

Характерной чертой аддиктивного поведения так же является цикличность.

Фаза одного цикла аддиктивного поведения:

- наличие потребности к аддиктивному поведению исходящей изнутри;
- усиление желания и напряжения;
- ожидание и активный поиск объекта зависимости;
- получение объекта и получение особых переживаний;
- расслабление;
- фаза ремиссии (относительного покоя).

У каждого человека цикл аддиктивного поведения может длиться поразному. К примеру, у одного человека месяц, а у другого всего лишь один день [38, с. 71]. Не всегда зависимое поведение приводит к заболеванию и смерти (как, например, в ситуациях алкоголизма или наркомании), но постепенно влечет за собой личностное изменение и социальное несоответствие.

Немаловажную роль играет формирование аддиктивной установки – групповых, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих зависимое отношение к жизни. У аддикта возникает наиболее значимое отношение к объекту аддикции, то есть он начинает волноваться по поводу

постоянного наличия тех веществ, которые ему необходимы для удовлетворения. Все разговоры сводятся к одной теме – разговоры об объекте аддикции, которые аддикт не может не затронуть. У аддикта возникают оправдания по поводу зависимости, объясняя это тем, что у всех есть какая-либо зависимость («все мои друзья пьют», «интернет мне нужен для работы» и т. д.). Так же человек перестает замечать, то, что окружающие замечают не вооруженным глазом. У аддиктивной личности появляется иллюзия о своем зависимом поведении, сводя всё на положительную сторону («я чувствую себя замечательно», «все алкоголики, которых я знаю – нормальные люди» и т. д.). Вдобавок у человека прогрессирует подозрение ко всем, кто так не считает [34].

Аддиктивная установка обязательно определяет объект зависимости как цель существования, а употребление как образ жизни. Вся остальная деятельность, окружение и интересы уходят на второстепенный план. Чтобы добиться желаемого и получить удовольствие, аддиктивная личность способна пойти на всё. Для достижения этих целей аддикт часто прибегает к обману. Человек не видит никаких преград, укрепляется защитная реакция, которая перетекает в агрессивное состояние. Аддиктивная личность уверена в том, что лечение ему не нужно, всячески отказывается признавать свою зависимость, в силу этого затрудняется помощь в лечении и осложняются социальные отношения [28]. Развитие аддиктивного поведения отличается различными индивидуальными свойствами, но в целом В.Каган выделяет некий ряд регулярных этапов (на примере химических видов аддикций):

Первый этап. Заключается в знакомстве с веществом, которое зачастую навязывает компания. У человека возникает чарующий интерес, так же важно учитывать влияние коллективного давления на индивида. Мотивация увеличивается к свойственной человеку потребности в изменении состояний сознания. При первых пробах следует учитывать возрастной аспект: чем ребёнок младше, тем больше вероятность того, что первые «пробы» перерастут в развернутый процесс формирования зависимого поведения и последующего появления болезни. Выбор средства на этом этапе произволен и зависит от

культурных и субкультурных особенностей, коллективного опыта и доступности средств. По различным причинам (удовлетворенного любопытства, страха быть наказанным, опасения и переживания, ссора с компанией и др.) первые пробы в большинстве своём не имеют продолжения.

Второй этап. Заключается в поиске различных веществ, которые человеку предстоит попробовать. Для одних крайне важно употребление веществ как признак отношения к группе, для других — само изменение состояния сознания, для третьих — качество и количество оказываемых на организм эффектов и особенности «кайфа». Зачастую, этот этап развивается в компании и оформляется по алкогольному типу — для веселья, смелости, улучшения восприятия восприятия, разрешения сексуальных барьеров, выражения отношения. Характерен активный поиск новых средств и способов их потребления. По мере протекания данного этапа складывается личное предпочтение одного из средств или предпочитаемый спектр. Зачастую это происходит уже в возрасте от 15 лет и старше. Индивидуальной психической зависимости пока еще нет, но может сформироваться групповая психическая зависимость, как бы «на автомате» запускаемая общим сбором группы.

Третий этап. Заключается в переходе аддиктивного поведения в болезнь, которые формируются под влиянием некоторых факторов:

Социальные — доступность многих наркотических веществ, отсутствие положительных социальных и культурных паттернов, контрастность уровня жизни, усиленная миграция и её плотность, нестабильность общества и прочее.

Социально-психологические - высокий уровень групповой тревоги, сокращение поддерживающих связей с семьей и другими позитивнозначимыми институтами, романтизация и героизация отклоняющегося поведения в сознании масс, отсутствие интересных для детей и подростков центров досуга, ослабление преемственности поколений.

Биологические – природа и «агрессивность» психоактивного вещества, выработка индивидуальной толерантности, нарушение процесса детоксикации организма, изменяющие системы мотиваций и контроля течения заболевания.

На завершающем этапе аддикты часто нарушают общественный порядок, попрошайничают, совершают кражи; всегда присутствуют риски покончить жизнь самоубийством. Основные мотивы: отчаяние, безысходность, одиночество, эскапизм. Возможны эмоциональные-психические срывы: агрессивность, ярость, которые резко сменяются на диаметрально противоположные [38, с. 70-71] .

## 1.2 Формы зависимого поведения подростков

**Алкогольная зависимость.** Алкоголизм - проявляющееся заболевание в результате длительного систематического употребления спиртных напитков для получения физического удовольствия, характеризуется такими проявлениями:

- изменением терпимости к алкоголю;
- наличием тяги к употреблению алкоголя и абстинентным синдромом (симптомы психических соматовегетативных и неврологических нарушений при прекращении употребления алкоголя);
- потеря контроля над собой;
- особое влияние драйва при приеме алкоголя.

«Сопровождаются возникновением зависимости, то есть непреодолимой тягой к употреблению алкоголя неспособностью от него отказаться с развитием стойких часто необратимых соматоневрологических расстройств, а также психической и личностной деградацией» [11, с. 63].

Существует ряд различных эффектов приёма алкоголя. Из которых можно выделить:

- Эйфоризирующий эффект способен вызывать неестественно

позитивное настроение;

- Транквилизирующий (атарактический) эффект способен вызывать снижение тонуса скелетной мускулатуры;

- Кайф-эффект способен активировать фантазии, избегание действительности [12].

Алкоголик имеет как физическую, так и психическую зависимость. В становлении зависимости нужно учитывать особенности употребления, стили употребления, которые формируют наиболее быструю привыкаемость к алкоголю. Здесь подразумевается прием алкоголя в больших дозах, которые преобладают над его переносимостью.

Психологический эффект от потребления алкоголя в небольших дозах выражается в ослаблении внутренних ограничителей, скованности и ускорение ощущения времени. Тем самым, употребление алкоголя дает чувство обретения самоидентичности, при этом личность не затрачивает никаких внутренних ресурсов, и с исчезновением внешнего источника удовольствия исчезает и ощущение идентичности. [36, с. 269].

В развитии алкогольной зависимости формируется пять видов побуждения к приёму:

- атарактическое побуждение заключается в желании к приему алкоголя с целью облегчить или ликвидировать явления эмоционального дискомфорта, тревоги, плохого настроения;

- субмиссивное побуждение заключается в неспособности отказаться от предлагаемого кем-нибудь приема алкоголя;

- гедонистическое побуждение заключается в употреблении алкоголя для повышения настроения, получение удовольствий в широком смысле этого слова;

- гиперактивное побуждение заключается в употреблении алкоголя того, чтобы вызвать состояние возбуждения, активизировать себя;
- псевдокультурное побуждение заключается в важности атрибутивного свойства алкоголя [45].

**Наркомания.** Зависимость от алкоголя, табака. В международной классификации болезней курение классифицируют как зависимость (синдром зависимости от табака). Фармакологические и поведенческие процессы, определяющие табачную зависимость, подобны тем, что определяют зависимость от таких наркотиков как героин и кокаин. [36, с. 269].

В наркологии наркомания рассматривается как болезнь, в процессе развития которой выделяются следующие основные этапы .

Синдром психической зависимости, сущность которого в том, что индивид перестает чувствовать себя комфортно в жизни и справляться с трудностями без приема наркотика. Наркотики становятся важнейшим условием контакта человека с обществом . [30, с. 80].

Синдром физической зависимости заключается в постепенном включении наркотика в различные цепи обмена веществ в организме. Если аддикт не принимает необходимое количество наркотика, то он испытывает различные степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или потливость), таким образом развивается абстинентный синдром. Для его снятия необходимо принять наркотик, дозы которого постоянно увеличиваются. [30, с. 81].

Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика. Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность. Ее возрастание, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании [30].

В.В. Шабалина указывает на то, что на разных стадиях развития наркотической зависимости доминируют разные функции :

- познавательная функция (удовлетворение интереса, смена восприятия, расширение сознания);
- гедоническая функция (получение удовольствия);
- психотерапевтическая функция (релаксация при наличии стрессовых ситуаций или эмоционального-психического напряжения; повышение уровня комфорта; разрушение барьеров поведения);
  - компенсационная функция (сублимация проблемного функционирования в сферах секса, общения, развлечений и пр.);
  - стимулирующая функция (повышение продуктивности деятельности);
  - адаптационная функция (приспособление к группе сверстников, употребляющих наркотики);
- анестетическая функция (избегание боли).

Указанные выше функции, которые могут быть реализованы с помощью использования психоактивных веществ, указывают, что аддикция (в частности наркотическая) усиливает адаптивные возможности. При помощи наркотика подросток компенсирует недостаток социально-психологической адаптации.

Т.И.Петракова, Д.Л. Лимонова, Е.С. Меньшикова, изучая мотивацию употребления подростками наркотиков, выявили, что наибольший процент положительных ответов на употребление наркотика подростки дали в ситуациях:

- когда наркотик использовался как «лекарство» от сильных эмоциональных переживаний: страх, ненависть, обида, одиночество и др.;
- ответственности за свое поведение, противостояния группе, авторитету;
- конформизма, демонстрации протеста против мнения старших, склонности к риску, любопытства.

Среди причин актуализации психологической готовности к потреблению наркотиков выделяют:



- неспособность подростка выйти из ситуации, когда удовлетворение актуальных потребностей оказывается затруднительным;
- несформированность или полное отсутствие способов психологической защиты;
- наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не может найти адекватного выхода;
- наличие тенденции к столкновению с опасностью.

### **Никотиновая зависимость.**

Никотиномания – заболевание как одна из форм токсикомании, вызванное курением табака или табачно-курительных смесей, заключается во вдыхании дыма горящего табака. Никотин причиняет вред не только самому курильщику, но и на людей, которые находятся в непосредственной близости. Оказывает отрицательное влияние на здоровье, как самих курильщиков, так и на окружающих их лиц.

По сравнению с курением сигар и трубки, а также жевание и нюханье табака распространённым все-таки является курение сигарет.

Никотин без сомнения психофармакологическое вещество, вызывающее действие менее интенсивно, чем другие психофармакологические вещества. Но успокаивающие, расслабляющее свойство никотина более эффективно.

Развитие никотиновой зависимости связано с характером курения (возраст, в котором начинают курить, стаж, частота курения), с особенностями организма и характера курильщика [20].

Важная роль в процессе развития табачной зависимости:

- подражание курящим людям, с которыми существуют учебно-воспитательские отношения (родители, учителя, опекуны);
- единогласие с курящими людьми, с которыми есть дружеские отношения курение близких людей (особенно родителей)

Протекание начатого курения зависит от многих факторов:

- соматическое привыкание;
- необходимость повышения дозы;
- преодоление появления абстиненции (в большинстве случаев вегетативного характера) в результате повторного курения [5].

Неконтролируемое курение связано с алкогольным видом зависимости, а так же имеет связь с наркотической зависимостью.

**Суицидальное поведение.** Суицид - акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания. Такие виды деструктивного поведения как пьянство и потребление наркотиков тоже относят к суицидальному поведению. В периоды экономических спадов и роста безработицы количество суицидов возрастает. Подтолкнуть к самоубийству могут конфликты, стрессы, депрессия, нездоровый климат в семье, низкий социальный статус.

По данным отчета детского фонда ЮНИСЕФ в последние годы значительно увеличилось число попыток суицида и завершенных самоубийств среди подростков и детей. Пик самоубийств приходится на 16-19 лет. Как правило, основной причиной является неблагополучие в семье. Это могут быть семьи внешне успешные, с хорошим материальным достатком, но с нарушенными функциями детско-родительских отношений. следующая причина - это конфликты в школе, последняя причина – проблемы во взаимоотношениях со сверстниками.

Большинство подростков, решившихся на самоубийство, не хотят уходить из жизни. Самоубийство ими рассматривается, как способ получить что-либо (например, внимание, любовь, освобождение от проблем, от чувства безнадежности). Мотивом для суицидального поведения может стать попытка причинить боль другому человеку или же напротив человек считает, что, покончив с собой, унесет с собой проблему и облегчит жизнь своей семье [14].

Также в последние 2 года участились случаи вовлечения подростков в так называемые "группы смерти", самая известная из которых носит название

"Синий кит" и на данный момент закрыта и запрещена. Администраторы таких сообществ в социальных сетях входили к детям в доверие, пользуясь их социальной незащищенностью и наличием у подростков ряда психологопедагогических проблем, таких как: одиночество, непонимание со стороны сверстников и взрослых, в том числе родителей. Детям предлагалось поучаствовать в "игре" и выполнить 50 заданий, первые из которых казались совсем простыми и безобидными. В последнем задании детей убеждали совершить суицид. Тем, кто не хотел так заканчивать свою жизнь угрожали различными способами. На данный момент главные организаторы сообществ Илья Сидоров и Филипп Будейкин задержаны, им грозит до 6 лет лишения свободы.

**Интернет-зависимость.** В современных исследованиях Интернетзависимость изучается как вид компьютерной зависимости (кибер-аддикция). Изучая взаимосвязь идентичности и поведения в Интернете, А.Жичкина выявила, что особенность идентичности Интернет-зависимых пользователей состоит в стремлении избавиться от требований социального окружения и удовлетворить потребность в эмоциональной поддержке. Для пользователей Интернета характерно создание виртуальных личностей, в основе которого лежат мотивационные причины (удовлетворение уже имеющихся желаний). Виртуальные личности являются компенсацией недостатков реальной ситуации. Они могут существовать как «для себя», осуществляя идеал «Я», или, наоборот, реализуя деструктивные тенденции пользователя, так и «для других» – с целью произвести впечатление на окружающих. [49].

По данным исследования связи кибер-аддикции с личностными характеристиками (Е.Д. Львина, Л.Ф. Львин, Н.И. Лебедев,) установлено, что почти 9% учащихся в возрасте 15-17 лет имеют компьютерную зависимость. Выявлено, что использование компьютера и Интернета для игр и развлечений связано с определенными чертами личности (высокая доминантность, низкая терпимость, низкая самооценка и т.д.). Установлено также, что существует

отрицательная корреляция между кибер-аддикцией и положительной (само)идентичностью [17].

**Зависимость от деструктивных культов.** Те подростки, которые не могут самостоятельно разрешить возникающие внутриличностные и межличностные конфликты, не видящие жизненных перспектив, нуждающиеся в поддержке и признании, которых не получают в своем окружении, могут быть вовлечены в нетрадиционные религиозные системы (секты). Сектантство, видимо, нужно рассматривать как форму негативной психической зависимости. Негативной называют зависимость от любого объекта, который вызывает привыкание и невозможность отказа от него и который деструктивно влияет на психологическое и физиологическое состояние человека. Объектом может быть как психоактивное вещество (и тогда мы говорим о различных формах наркомании), так и патологическая система взаимоотношений (и тогда мы говорим, в том числе, и о сектантстве как форме патогенных взаимоотношений) [15]. К.Юнг говорил, что «Религия – это система психотерапии...Это действительно чрезвычайно развитая система, за которой стоит величайшая практическая истина».

Э.Эриксон в своей работе «Идентичность: юность и кризис» указывает на причины, объясняющие интерес подростков к нетрадиционным религиям:

- религиозные общины предполагают простую картину мира в будущем;
- религиозные общины предполагают стандартизацию и формализацию в действиях и поведении, что избавляет от скованности и самоконтроля;
- коллективные действия ослабляют ограничения и ощущение личной ответственности за происходящее;
- доминирование главаря, выполняющего роль «старшего брата», лишено двойственности, свойственной отношениям между детьми и родителями;
- возникает иллюзия гармонии внутреннего мира, исполненного добрых и злых сил, с внешним миром и его реальными целями и опасностями.

Подобные организации обладают:

- отработанными механизмами привлечения новых адептов;
- наличие «вечной книгой», которая дает ответы на все вопросы (разумеется, с учетом личности интерпретатора);
- действующей системой психологического внушения (часто очень жестокой) и особыми приемами, изменяющими состояние сознания: медитация, экстаз, транс (возможно с использованием наркотических веществ или физических упражнений: гипервентиляция, ритмические движения, холотропное дыхание);
- обещанием прощения, вечной жизни, рая и др., что позволяет подростку не принимать решения и не нести ответственность за собственную судьбу, а значит не ошибаться.

Как отмечает Г.Леффельман, включение в религиозную общину может быть связано с потерей личной самоидентификации и принятием нового имени. Потеря самостоятельности, зависимость от лидера общины, неспособность устанавливать эмоциональные контакты с другими людьми, не принадлежащими к данной религиозной идеологии, иногда материальный взнос, разрыв отношений с близкими и, в конечном счете, с реальностью – это цена, которую подросток платит за принадлежность к референтной группе.

Рассмотренные нами виды зависимого поведения являются формами компенсации недостатков в развитии личности. Объект зависимости, несмотря на специфичность каждого вида аддиктивного поведения, является лишь средством, дающим иллюзию удовлетворения потребностей или разрешение актуальных конфликтов, ослабление внутреннего напряжения. Подросток не может избавиться от аддикции, так как не имеет другого более конструктивного способа разрешения постоянно возникающих трудностей.

Выбор объекта зависимости и, следовательно, формирование соответствующего вида аддиктивного поведения случайно. Например, объект может смениться на иной, но аддикция при этом останется (наркоман может

стать алкоголиком и наоборот). Это обусловлено тем, что формирование различных видов аддиктивного поведения едино в своей психологической основе.

### **1.3 Методы проведения профилактики аддиктивного поведения**

Современные представления о профилактике зависимого поведения предполагают проведение профилактических вмешательств четырех типов:

#### **1. Универсальные профилактические вмешательства.**

Этот тип профилактики аддиктивного поведения ориентирован на население в целом или на его отдельные большие однородные группы, члены которых идентифицируются как личности, не имеющие предшествующего риска развития аддиктивного поведения. В целом, они определяются как имеющие усредненную вероятность риска развития болезни, и критерии риска развития заболевания не являются основанием для выделения каких-либо определенных групп населения при данном виде профилактических вмешательств.

Универсальные профилактические вмешательства осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы). Например: проводимые в рамках школьных программ профилактические меры, направленные на выработку социальных навыков отказа от употребления психоактивных веществ.

#### **2. Выборочные или избирательные профилактические вмешательства.**

Селективные профилактические вмешательства ориентированы на отдельные группы населения, подверженные риску аддиктивного поведения. Селективные профилактические вмешательства осуществляются на аналогичных уровнях. Например: вмешательства, ориентированные на детей, имеющих факторы риска развития аддиктивного поведения (ситуации развода

родителей, смерти близкого родственника, психического заболевания родителей).

### **3. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям.**

Индивидуально-ориентированная профилактика аддиктивного поведения нацелена на лиц, у которых имеется высокий риск развития заболевания. Например: воздействия, ориентированные на детей, имеющих признаки депрессии, высокой тревоги и склонных к агрессии. Имеющиеся у них в настоящее время симптомы расстройств не достигают уровня выраженности, необходимого для постановки диагноза. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы).

### **4. Профилактика аддиктивного поведения, ориентированная на окружающую среду.**

Профилактические действия по предупреждению аддиктивного поведения, направленные на окружающую среду - это предупреждающие вмешательства, нацеленные на изменение социальной, экономической, физической и культурной сред обитания, в которых люди делают свой выбор использования психоактивных веществ или отказа от их употребления. На результат выбора влияют не только особенности личности человека, но и такие особенности среды обитания, как доступность табака, алкоголя и наркотиков, особенности налогообложения и политики ценообразования, рекламы. Например: возрастные ограничения на продажу табака и алкоголя, повышение их стоимости и дополнительные налоги на них, юридические аспекты меры противодействия вождению автотранспорта в нетрезвом состоянии и запрета курения, объявление его вне закона, ограничение употребления алкоголя в общественных местах).

Профилактика зависимого поведения в РФ осуществляется различными федеральными структурами (ФСКН, Министерство образования и науки,

Министерство здравоохранения и социального развития) и другими организациями, каждая из которых имеет собственное видение целей, задач и реального участия.

Деятельность данных структур, зачастую, является недостаточно скоординированной в связи с отсутствием единого подхода на федеральном уровне, что препятствует повышению эффективности проводимых профилактических мероприятий. Особенности организации финансирования профилактических служб в этих структурах пока не позволяют проводить профилактических вмешательств всех четырех указанных выше видов на трех уровнях (семья, школа, местожительства). Возникающие в результате этого дефекты профилактики приводят к развитию новых случаев развития зависимости от психоактивных веществ, необходимости их лечения и реабилитации, что достаточно дорого обходится государству.

Но если говорить о конкретной профилактической деятельности социального работника, то её условно можно поделить на следующие этапы:

#### **Диагностический этап.**

Включает в себя диагностику личностных особенностей, которые оказывают влияние на формирование аддиктивного поведения:

- повышенная тревожность,
- низкая стрессоустойчивость,
- нестабильная я-концепция,
- низкий уровень интернальности,
- неспособность к эмпатии,
- низкая коммуникабельность,
- повышенный эгоизм,
- низкое принятие социальной поддержки,
- эскапизм при преодолении стрессовых ситуаций,
- направленность на поиск ощущений,
- стремление к социальному одобрению,



-высокие показатели по шкале алекситимии, -высокие показатели по шкале депрессивности -агрессивность и др.

Эти показатели можно измерять с помощью диагностических методик (и количественных и качественных), которые мы постоянно используем в своей работе. Важным направлением работы по выявлению подростков, с которыми следует проводить профилактическую работу, является сбор информации о его положении в семье, о наличии в семье химически зависимых людей, о характере детско-родительских отношений, о составе семьи, о увлечениях и способностях ребенка, о его друзьях и других возможных факторах. Социальному работнику следует обращаться за информацией к воспитателям, учителям, родителям. Педагог, работающий с детским коллективом, хорошо знает каждого ребенка и достаточно легко укажет Вам на детей, использующих 1 из 4 поведенческих стратегий: «герой семьи», «потерянный ребенок», «козёл отпущения», «клоун» [16].

Еще одним важным источником информации является наблюдение. Наблюдайте при личном контакте с детьми за их речью. Есть определенные маркеры, позволяющие нам найти детей этой категории:

- Реактивность: проявляется в высказываниях, где причины собственных поступков и эмоций приписываются другим людям: «он меня доводит», «они всегда меня унижают», «он достал меня», «они заставляют меня поступать» и пр. – т.е. все поступки и эмоции выглядят как реакции на окружающий мир, а не как собственные волевые решения.
- Высказывания о себе в негативном ключе, о своих способностях, возможностях: «что-то голова моя сегодня вообще не варит», «с утра не соображаю», «а я-то, дурочка такая, что с меня взять».
- Залипание: в речи могут напрочь отсутствовать высказывания о себе лично, о своих целях, о своих делах. Вместо них все время звучит «мы», «у нас»,

«нам»; или, возможно постоянное упоминание кого-то из членов семьи или близких людей при ответах на вопросы, касающиеся лично ребенка [6; 23].

### **Информационно-просветительский этап.**

Представляет собой расширение компетенции в наиболее важных областях, как:

- психо-сексуальное развитие,
- культура межличностных отношений,
- технология общения,
- способы преодолевания стрессовых ситуаций,
- конфликтология,
- собственно проблемы зависимого поведения (с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий).

Просветительская деятельность должна быть направлена на родителей, детей, педагогов. Она может выливаться в любые форма работы : родительские собрания (их можно организовать в форме лекций по теме, можно провести в форме беседы) тематические классные часы для школьников, семинарские занятия для педагогов, можно представить информацию на стенде и т. д. [30].

Литература, которую можно рекомендовать родителям и педагогам:

- Москаленко В.Д. Ребенок в алкогольной семье. – Вопросы психологии №4, 1991.
- Москаленко В. Д. Дети больных алкоголизмом (возраст от 0 до 18 лет).
- Джонсон В. Как заставить алкоголика или наркомана лечиться. Москва, 2000.
- Норвуд Р. Как не быть рабой любви.
- Скиннер, Клиз Семья и как в ней уцелеть.
- Скиннер, Клиз . Жизнь и как в ней выжить.

### **Развивающе-коррекционный этап.**

Включает в себя самые разнообразные виды работы психолога. Эта деятельность должна быть направлена на детей, относящихся к группе риска. Очень важным вопросом здесь будет вопрос о критерии отбора детей, с которыми следует вести эту работу.

Прежде всего следует опираться на информацию о присутствии в семье ребенка человека (близкого родственника), больного химической зависимостью. Выше уже говорилось о том, что семья химически зависимого однозначно является дисфункциональной. То есть, если в семье ребенка есть хотя бы один человек (мать, отец, бабушка, дедушка, брат, сестра, тетя, дядя), который страдает химической зависимостью – мы, можем однозначно отнести этого ребенка к группе риска. Многочисленными исследованиями подтверждено, что такая семья продуцирует только аддиктов (не важно о какой именно зависимости идет речь). В основном это алкоголики и их супруги, которые в свою очередь являются аддиктами отношений (созависимые). Данные об схожести браков детей химически зависимых тоже достаточно широко представлены в литературе.

Второй значимый источник информации – результаты нашей диагностики. И пусть даже она не направлена прямо на выявление свойств аддиктивной личности, но можно постепенно накапливать информацию о детях, имеющих высокий уровень личностной тревожности, высокий уровень депрессивности, низкую самооценку, низкую стрессоустойчивость, несформированную Я-концепцию и т.д. Накопленную информацию следует проанализировать, сопоставить с собственными наблюдениями и наблюдениями педагогов, пригласить для беседы родителей.

Профилактическая работа может быть индивидуальной и групповой. В случае групповых форм, это прежде всего тренинги личностного роста с элементами коррекции индивидуальных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой. Кроме этого можно работать и над отдельными навыками, необходимыми этим детям. К

примеру, это могут быть всевозможные тренинги, направленные на коррекцию и развитие навыков общения, преодоления стрессовых ситуаций, У этих детей необходимо вырабатывать уверенность в себе, обучать их целеполаганию и целедостижению. Эти дети часто страдают неумением распознавать свои чувства.

Это может быть работа с личностными границами, развитием эмпатии. Самое важное, о чем следует помнить при работе с этими детьми, это то, что наша главная задача – вытащить в центр сознания этого ребенка его самого, вместе с его чувствами и потребностями.

### **Выводы по первой главе**

Из литературы выяснилось, что существует множество причин, по которым подросток оказывается вовлечён в различного рода аддикции. Причины аддиктивного поведения, безусловно, разнообразны и включают в себя как экзогенные так и эндогенные факторы. Следовательно, аддиктивное поведение подростков имеет свою специфическую природу. Масштабы распространения зависимости среди подростков в государстве диктуют необходимость принятия адекватных мер, которые способствовали бы ограничению или полной ликвидации причин вышеуказанных факторов . Естественно, данный процесс может занять ни одно десятилетие и его невозможно будет осуществить без содействия всех институтов общества.

Также опасения вызывает тот факт, что под давлением неблагоприятного воздействия внешних факторов социума, таких как: изменение социальноэкономических условий жизни, социальное расслоение, отсутствие ценностных ориентиров в обществе, всё больше подростков, не имея явных предпосылок, например, к алкоголизму или табакокурению, оказываются увлечены этими пагубными привычками. Это связано с тем, что представление о морали и ответственности в силу определённых причин, в том числе юного возраста, находится на вербальном уровне, и не стало еще осознанным, а тем

более регулятором их поведения. Поэтому рост противоречий в обществе сразу же сказывается на усилении негативного воздействия, провоцирующих зависимое поведение в подростковой среде. Изменение социально-экономических условий происходит намного быстрее, чем перестройка их психофизиологической среды. Отсюда необходимость учитывать такие характерные черты, как формирующаяся картина мира; нестабильность психики; отсутствие жизненного опыта; развитие самоконтроля; негативизм как первичная форма механизма отчуждения.

## **ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

### **2.1 Исследование зависимого поведения подростков**

Каждый ребенок с зависимым поведением имеет свой набор отклонений: прогул уроков, грубость в общении с окружающими или наоборот замкнутость, враждебное отношение к окружающим, пренебрежение обязанностями, агрессивное противодействие к адекватным педагогическим требованиям, недоверие к родителям и учителям, повышенные уровень самооценки и уровень притязаний, а социальному работнику важно проследить их природу и лишь тогда решать вопросы профилактики, диагностики, консультирования и коррекции, при этом необходимо помнить, что причины нарушений поведения почти всегда взаимосвязаны.

На сегодняшний момент в современной науке не существует универсального метода диагностики зависимости. Но существует огромное количество различных конкретных опросников для определенных типов аддикции: алкоголизм, табакокурение, наркомания и др. Эти опросники довольно понятны в употреблении и эффективны, но, к сожалению, имеют крайне узкую направленность.

Методика комплексной оценки зависимого статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов. Авторы: Линский И.В., Минко А.И., Артемчук А.Ф., Гриневич Е.Г., Маркова М.В., Мусиенко Г.А., Шалашов В.В., Маркозова Л.М., Самойлова Е.С., Пономарев В.И., Бараненко А.В., Минко А.А., Гольцова С.В., Сергиенко О.В, Линская Е.И., Выглазова О.В. [28].

В качестве основы для создания метода комплексной оценки аддиктивного статуса был избран AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест, предназначенный для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя. AUDIT является одним из наиболее проверенных и качественных тестов. Как было установлено, он обеспечивает необходимую точность оценок независимо от пола, возраста, и культурной принадлежности респондента. Кроме того, тест краток и хорошо структурирован.

Его вопросы сведены в три концептуальных раздела, которые охватывают все стадии и составляющие формирующейся алкогольной зависимости: от донозологических её форм до клинически выраженных проявлений.

Шкала поиска ощущений (Sensation Seeking Scale). Автор: Цукерман М. [48].

Методика предложена М.Цукерманом в 1964 году. Данный тест определяет уровень потребностей в ощущениях разного рода. Высокие показатели по шкале острых ощущений, несмотря на всю информативность и стремление к личному росту, могут привести к негативным последствиям для жизни индивидуума. Особенно характерны высокие показатели по шкале острых ощущений для подростков в силу ограниченности восприятия жизни в целом, стремлением к гносеологической активности и получению информации о жизни. Высокий уровень потребностей в ощущениях обозначает наличие стремления, возможно, бесконтрольного, к новым, «щекочущим нервы» впечатлениям, что часто может провоцировать испытуемого на участие в рискованных авантюрах и мероприятиях. Считается, что высокие показатели являются факторами риска девиантного поведения. Реальная действительность не предоставляет подросткам с высоким уровнем потребностей в ощущениях возможность

удовлетворить их. Употребление ПАВ – это один из путей получения необычных ощущений, связанных с измененным состоянием сознания. Участие же зависимого подростка в противоправных мероприятиях вполне можно предсказать по причине того, что участие в них дает возможность получить «адреналин». Дети, из благополучных семей более осмотрительны и осторожны.

Патохарактерологический диагностический опросник. Авторы: Иванов Н.Я., Личко А.Е. [24].

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического Института им. В.М.Бехтерева.

Метод патохарактерологического изучения детей, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником, предназначен для определения в возрасте 14-18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также связанных с ними некоторых индивидуальных особенностей характера. ПДО может быть использован психиатрами, медицинскими психологами, врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

Специальные дополнительные шкалы предназначены для оценки склонности к депрессиям, риска социальной дезадаптации, возможности формирования расстройств личности, риска злоупотребления наркотическими веществами и другими дурманящими средствами, риска ранней половой жизни у девочек и для дифференциальной диагностики истинных и демонстративных попыток самоубийства у подростков. Предпосылками для создания ПДО послужили опыт психиатрии и концепция психологии отношений.

На основании описания типов патологических характеров в руководствах и монографиях: Э.Крепелина, Э.Кречмера, К.Шнайдера, П.Б.Ганнушкина, Г.Е.Сухаревой, К.Леонгарда, А.Е.Личко были составлены наборы фраз, отражающие отношения при разных типах характера к ряду жизненных проблем, актуальных в подростковом возрасте. В число таких проблем вошли оценка собственных витальных потребностей (самочувствие, сон, аппетит, сексуальное

влечение) отношение к окружающим и к некоторым абстрактным категориям (к нормам и стандартам поведения, к опеке и наставлениям, к критике ). В эти наборы были включены фразы индифферентные, не имеющие диагностического назначения.

Диагностика и коррекция факторов риска аддиктивного поведения (новые перспективы физической культуры). Авторы: Ежов И.В., Туревский И.М., Малыгин В.Л. Данная психодиагностическая система впервые в РФ построена в виде озвученного игрового интерактивного диалога между анимационными персонажами, происходящего на экране компьютера.

Все это вызвало необходимость создания новых подходов к диагностике риска аддиктивного поведения. Эта интерактивная система диагностики состоит из 54-х вопросов с двумя возможными вариантами ответов. Результатом тестирования является выявление 11 вариантов индивидуальнотипологических свойств, в том числе 4-х дезадаптивных, с высоким риском обращения к ПАВ. Для каждого из дезадаптивных типов разработана система психологической коррекции. В отличие от множества других тестов данная психодиагностическая система реализована в виде озвученного игрового интерактивного диалога между анимационными персонажами, происходящего на экране машины. Включение подростков в игровой диалог снижает уровень психологических защитных механизмов и тем самым существенно повышает качество диагностики.

Обучаясь на 4-ем курсе, в рамках учебного плана, я проходил научноисследовательскую практику на базе МБОУ СОШ № 51, где познакомился с особенностями работы социального педагога. При поддержке Бондарец А.А., социального педагога этой школы, мною была разработана мини-программа по выявлению аддиктивного поведения среди учащихся 7-8 классов. Основную часть программы составляла анкета-опрос обучающихся. Данную анкету можно отнести к социально-педагогической диагностике. (См. Приложение )



Программу можно условно разделить на две больших группы, предназначенные для первичного и вторичного скрининга или для скрининга и оценки. Эти две процедуры, использовались вместе, но отличаются по целям и методам.

Скрининг (от англ. screening – отбор, отсев) – это обычно короткая процедура, применяемая для первичного выявления подростков, имеющих высокий риск аддиктивных нарушений. Скрининг не позволяет делать диагностические заключения, но предназначен для изучения молодежных групп и отбора из них отдельных подростков, которым требуется более развернутая оценка, внимание специалистов или полноценная профессиональная помощь. Скрининговые методики обычно заполняются самими подростками. Время на заполнение может колебаться от 5 до 30 минут в зависимости от объема требуемой от подростка информации [10].

Оценка – процедура, предназначенная для комплексного анализа широкого круга социальных и психологических потребностей и проблем, выявленных в ходе первичного скрининга. Методика оценки обычно проводится специалистом, который заполняет необходимую форму на конкретного наблюдаемого подростка. Она позволяет делать заключение о наличии какого-то клинического расстройства, зависимости.

Анкетирование – метод сбора статистического материала путем формализованного опроса диагностируемых. Вопросник (опросникличностный) – совокупность методических приемов для изучения и оценки отдельных свойств и проявлений личности. Каждая из методик представляет собой стандартизованную анкету, состоящую из набора утверждений, с содержанием которых испытуемый может либо согласиться, либо не согласиться (да, нет, не знаю) [41].

Социально-педагогическая диагностика-специально организованный процесс получения информации о влиянии на личность социума. И здесь

необходимо отметить взаимовлияющий фактор внешнего воздействия среды на личность и обратный процесс – влияние личности на внешнюю среду. Можно говорить о макрофакторах, формирующих личность подростка, мезо- и микрофакторах и проявлениях индивидуально-личностных особенностей индивида [42].

Помимо анкеты нами было проведено изучение личных дел респондентов, их успеваемости и поведения, исходя из доступной документации школьного социального педагога.

При проведении социально-педагогической диагностики необходимо соблюдать определенные принципы:

1. Принцип системного подхода. Реализация этого принципа направлена на анализ психического состояния, в том многообразии внешних и внутренних отношений, которые можно рассматривать как целостную систему. Оценка психического процесса, психического свойства или состояния личности не должна проводиться изолированно, необходим их целостный анализ и интерпретация результатов.

2. Принцип поуровневого анализа. Данный принцип позволяет внутри системы рассматривать отдельные системы, отражающие психологопедагогические феномены ( психические состояния, психолого-педагогические процессы), а также определять место любого феномена в системе. В работе важнейшим условием является определение главного системного фактора, который позволяет объединить в цельную функционально-динамическую систему различные механизмы. [48].

3. Принцип детерминизма (причина обусловленности). Этот принцип очень важен при анализе индивидуальных психолого-педагогических характеристик подростка. Здесь важен тщательный социально-педагогический анализ полученных феноменов. Например, выявленный повышенный уровень агрессии может быть обусловлен индивидуально-личными особенностями

субъекта, следствием его воспитания, влияния неблагоприятной микросоциальной обстановки, ситуативными факторами.

4. Принцип личностного подхода. Включает в себя подход к диагностируемому подростку как к целостному индивиду с учетом всех его сложностей и личных особенностей.

5. Принцип динамического анализа личности подростка. Соблюдение этого принципа позволяет наиболее глубоко проанализировать индивидуальнопсихологические особенности личности и раскрыть психолого-педагогические механизмы мотивации его поведения.

6. Принцип объективности. Включает в себя взаимопроверку полученных данных в процессе анализа личности подростка.

7. Принцип конфиденциальности. Суть принципа в неразглашении результатов социального диагноза без персонального согласия на это лица (подростка), которое являлось объектом исследования. Если это дети, то на разглашение результатов обследования обязательно требуется согласие родителей, опекунов или попечителей.

8. Принцип объективности и научной обоснованности. Результаты анализа должны быть, как минимум, достоверными и надежными.

9. Принцип не нанесения ущерба. Результаты диагностики ни в коем случае не должны быть использованы во вред лицу, который подвергся исследованию [27, 34].

При исследовании нами были учтены следующие факторы: объективные факторы – негативные экономические условия проживания семьи, военные действия, семейные конфликты, смерть одного из близких людей, жестокое обращение; последствия экстремальных ситуаций (террористический акт, нападение, пожар, мигранты с территориями опасных для проживания); субъективные аспекты – низкая мотивация к учебе, сопротивление в решении проблемы, отсутствие ответственности за

поступки, асоциальный образ жизни, антисоциальные нормы в поведении, отрицание социальных норм, приверженность к асоциальным подростковым субкультурам, делинквентное поведение, агрессия в отношении близких людей, хулиганство [25].

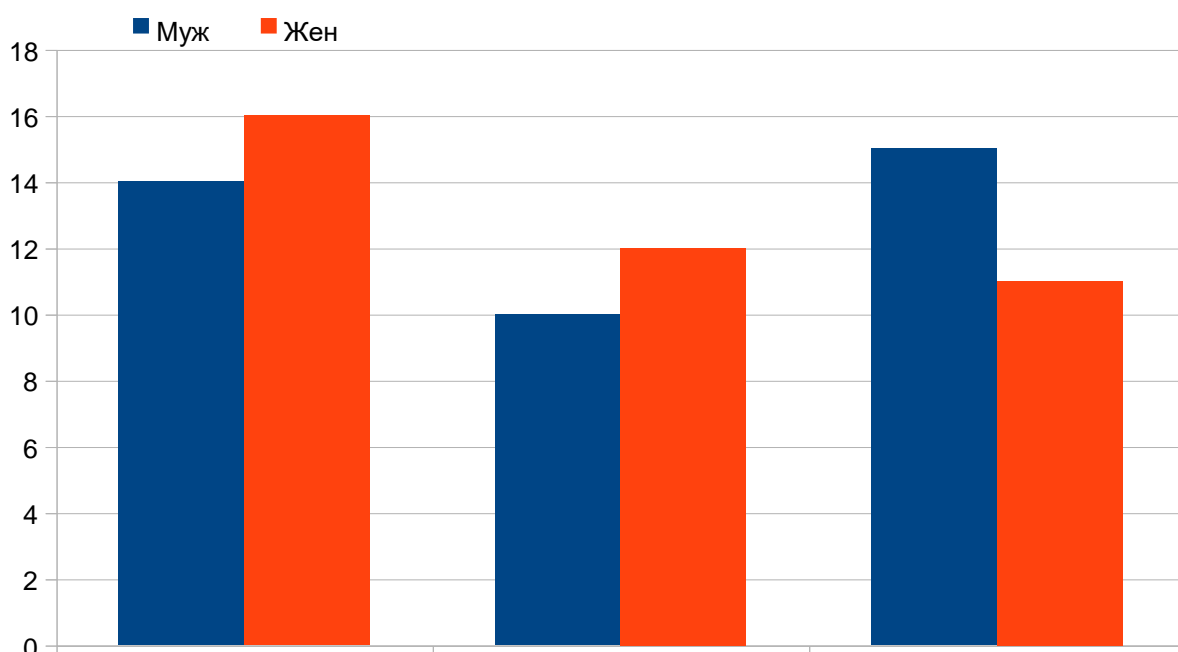
## **2.2 Анализ и систематизация результатов исследования**

В исследовании приняли участие 40 подростков, 22 юноши и 18 девушек. Все они учащиеся 7 и 8 классов МБОУ СОШ № 51. Сразу хочется отметить, что в данной школе с 5 по 9 класс, на учёте в полиции состоит достаточно большое количество детей, один из которых на момент исследования находился в спец. учреждении для малолетних правонарушителей. Также один из детей воспитывается в неблагополучной семье и советом профилактики признан педагогически запущенным. Был замечен в драках, воровстве, употреблении алкоголя и курительных смесей. Тем не менее, показатели школы находятся на уровне статистической нормы и отражают состояние общества в целом. Теперь перейдём непосредственно к анализу результатов на основании ответов полученных из анкет и изучения личных дел обучающихся.

Анкеты были полностью анонимны. (см. Приложение 1) Возраст респондентов 13-15 лет. Первый блок анкеты был направлен на выяснение семейной среды и отношений с родителями. 80% респондентов (32 человека) отметили, что "в семье больше любви, привязанности, духовной близости", 10% (4 человека) утверждают, что в семье присутствуют конфликты и ссоры, 5% (2 человека) ответили, что "взаимопонимания нет, но родительский авторитет присутствует", 2 ребёнка затруднились с выбором. Ответы к данному вопросу свидетельствуют, что у большинства детей благополучная семейная ситуация, остальных же опрошенных мы бы пока не спешили относить в так называемую

"группу риска", на основании лишь одного ответа. Второй вопрос также касался семьи, но уже в более узком смысле. Так ли верно утверждение, что семейное благополучие гарантия от зависимого поведения? 70% опрошенных школьников (28 человека) считает, что лишь отчасти, то есть в какой-то степени. В свою очередь 35% (14 человек) дали ответ, что это полная гарантия от разного рода нежелательных аддикций. На основании ответов первого блока нельзя сделать однозначный вывод о респондентах и их семейной ситуации. Корреляции и существенных различий между женскими и мужскими ответами также выявлено не было.

На диаграмме ниже также можно увидеть, что явных различий в ответах по гендерному признаку обнаружено не было.



Второй блок относился к более "закрытой" сфере для подростков, а именно к отношениям с друзьями и знакомыми. Вопрос звучал следующим образом: «Есть ли у вас друзья и знакомые, которые употребляют алкоголь или табачные изделия?» И вот здесь явно прослеживаются гендерные различия. Ответов "Нет" и "Скорее, нет" было дано 80% (32 человек) из которых все 18 девушки и лишь 14 юноши. Легко предположить, что почти все оставшиеся юноши отметили варианты "Да" и "Скорее, да", что не может не насторожить. Один молодой

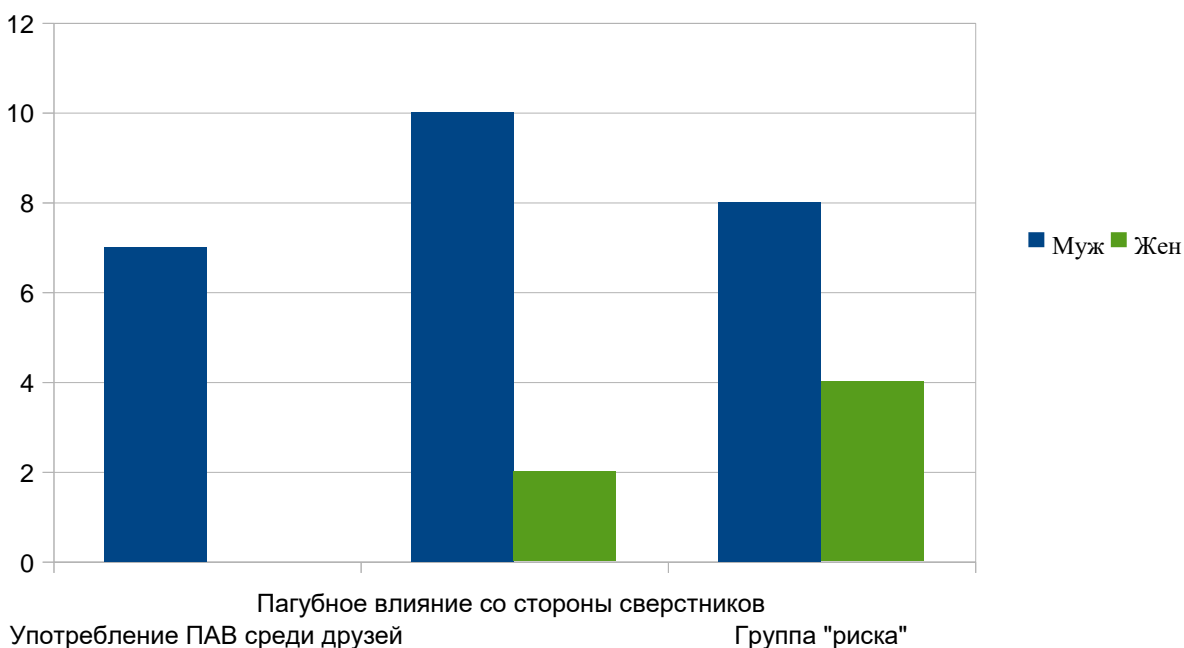
человек затруднился с выбором. Но есть в данных ответах и положительная сторона для меня, как исследователя. Это достаточно высокая степень искренности респондентов. Следующим был вопрос касающийся непосредственно форм аддиктивного поведения, а конкретней о пагубном влиянии их друзей на опрашиваемых. Школьники могли выбрать несколько вариантов ответа. А ответы были следующие: 60% (24 человек) уверяют, что друзья не оказывают на них отрицательного воздействия, 30% (12 человек) утверждают, что друзья склоняли их к употреблению табачных изделий, 20% (8 человек), что вовлекали в пьянство. 10% (4 человека) выбрали оба этих варианта и 5% (2 человека), что склоняли к употреблению наркотиков, 2 человека затруднились ответить на вопрос.

Гендерная составляющая дублирует предыдущий вопрос, 16 девушек выбрали относительно нейтральные варианты "не оказывали на меня отрицательного воздействия" и "склоняли их к употреблению табачных изделий" и лишь 10 молодых людей выбрали тоже самое. Самые неоднозначные ответы были даны в этом вопросе, а звучал он следующим образом: "Считаете ли вы, что курение и употребление алкоголя делает человека взрослее?" Так 75% (30 человек) уверены, что это действительно так, 15% (6 человек) выбрали ответ "верно отчасти", это свидетельствует об искажённой картине мира и понятии «взрослости». Ещё 4 респондента дали ответ "совсем не верно". В данном вопросе гендерных различий не обнаружено. На основании пусть и короткого, но анкетирования, можно сделать вывод, что большинство, а именно 70% (28 человек) подростков не выражает признаков аддиктивного поведения и не склонны в дальнейшем употреблению каких-либо веществ. 74% из 28 человек девушки. Оставшиеся же 12 человек, от общего числа опрошенных, зависимы или склонны в дальнейшем к проявлению зависимости, пусть и слабовыражено.

Также мы сопоставил полученные результаты с информацией из личных дел и других документов и выявил 5 человек (4 юноши и 1 девушку) относящихся к "группе риска" и поделился данными с социальным педагогом школы. Она подтвердила мои выводы и сообщила, что педагогический контроль в отношении

данных учеников уже ведётся. Но подобное социальнопедагогическое исследование дает лишь общее представление об уровне развития зависимостей подростка, а для более глубокой характеристики требуются специальные методы и квалифицированный специалист.

На диаграмме ниже представлены следующие данные: употребление психо-активных веществ намного выше среди друзей и знакомых у респондентов мужского пола. Даже если принять во внимание «порог искренности» опрошенных и статистическую погрешность, данные всё равно говорят о том, что мужское население уже в среднем школьном возрасте более подвержено пагубному влиянию со стороны. В третьем столбце наглядно показано, что в так называемую группу «риска», то есть в ту часть респондентов, которая уже употребляет или в значительной степени склонна к употреблению ПАВ, на 80% входят лица мужского пола. Это может быть связано как с культурными особенностями нашего общества, так и с личностными особенностями конкретных участников опроса.



### 2.3 Проект «Защитники» по профилактике аддикций в подростковой среде

Мероприятия по профилактике можно поделить на две большие группы: федеральные или государственные, представленные в основном системой ограничений и блокировок распространения в рекламе ПАВ и их потребления, а также прямой работой с обществом. Систематизируя мировой опыт профилактики наркотизации, В.М. Ялтонский и Н.А. Сирота выделяют шесть основных подходов: «информационный, обучение управлению эмоциями, поведенческий (обучение противостоянию давлению), формирование жизненных навыков, обучение альтернативной наркотикам деятельности, укрепление здоровья.» Как доказывает многолетний опыт, ограничительные мероприятия имеют весьма неоднозначные результаты, несмотря на это соблазн их использования слишком большой.

Типичные представления о том, что первичная профилактика направлена на работу с группой риска и представляет собой систему наказаний и ограничений, а также медицинское просвещение, претерпели за последние годы изменения, так как результаты данной работы оказались не однозначны. В течение многих лет первичная профилактика рассматривалась в основном с точки зрения просвещения населения о состоянии проблемы, тяжести медицинских и социальных последствий наркологических заболеваний, но при этом не учитывались зависимости с не химической природой воздействия, которые распространены не менее чем химические. Вместе с тем, как справедливо замечает Б.Спрангер «передача информации не эквивалентна обучению, а именно информационный подход характерен для многих реализуемых программ, которые лишь формально меняют отношение, но не реальное поведение подростка.»

Так же, даже в монографиях первичной профилактике не отводилось достаточного места. На наш взгляд, в программе профилактики информированию отводится минимальная роль. Эта программа должна уйти от исключительно медицинского подхода. Для эффективного осуществления такой



программы предполагается работать с характеристиками личности, которые приводят к формированию зависимостей.

Стратегией первичной профилактики является: комплексность, дифференцированность, ценностная ориентированность, многоаспектность, субъектность. «Идти на таран» в информировании населения бесполезно. По данным опроса обучающихся, они хотят получать информацию не о вреде психоактивных веществ, а наоборот, о сохранении здоровья. В основе программы должна быть идея позитивной профилактики, т.е. не запугивание детей о возможных проблемах и последствиях зависимого поведения, а формирование у них жизненных умений и навыков, позволяющих им эффективно совладать с трудностями в жизни и давлением общества. Наиболее интересной для подростков является тема связанная с проблемами взаимоотношений с обществом, прохождение кризиса самоидентификации. Их интересуют проблемы полового воспитания, здорового питания и т.д.

В некоторых работах переоценивается роль информирования в профилактике. Авторы базируются в частности на том, что на вопрос анкеты: «Если бы Вы знали о вреде алкоголя и наркотиков, стали бы Вы их принимать?» большинство опрошенных студентов (94,3%) ответило отрицательно. Подобная формулировка вопроса некорректна, уже хотя бы потому, что понятие «вред» может быть разным у исследователя и референта. Мнение населения о необходимости различных форм профилактики зависит от опрашиваемого контингента. При этом имеет значение как статус в социуме, так и степень вовлечения. Например, учащиеся техникумов и колледжей отнесли к числу наиболее значимых методов профилактики фильмы и телепередачи (более 60%), тогда как положительное отношение к лекциям и беседам снижалось по мере вовлечения подростков в употребление алкоголя (с 34% до 14,0%). К похожему мнению пришли также А.Е.Личко, Битенский В.С. Существует и противоположное мнение школьников о наибольшей эффективности врачебных семинаров и бесед. Однако многие исследователи сомневаются в их эффективности. Имеется позитивный опыт применения специальной настольной

игры с целью первичной профилактики. Для старших подростков предлагаются индивидуальные консультации.

Причины недостаточной эффективности профилактики в расхождении наиболее важных ориентиров в частности за распределение ответственности в результат работы, между специалистами по социальной работе с одной стороны, и родителями и подростками с другой. Оценка эффективности программы профилактики должна учитывать не только воздержание от ПАВ и прочих аддиктивных агентов, но и общее состояние подростка. В последние годы все большее внимание учёных обращается на позитивную первичную профилактику, выходящую за границы информационного подхода. Расширяются и ее задачи: она рассматривается сквозь призму формирования полноценно функционирующего индивида. Главным агентом первичной профилактической деятельности должны выступать учитель, социальный педагог, психолог, социальный работник. Почти половина учителей использовали учебный материал для просвещения, не имея однако для этого должных методических пособий.

Приведённое выше определение понятия

«социальная профилактика» позволяет выделить основные цели, на достижение которых направлен этот процесс:

- выявление причинно-следственных связей способствующих

возникновению данной проблемы или целого комплекса проблем;

- снижение вероятности или предупреждение возникновения недопустимых отклонений от спектра социальных норм и стандартов поведения в деятельности человека или группы людей;

- предотвращение возможных психологических, социокультурных и других личностных столкновений у человека или группы;

Исходя из функций профилактики зависимого поведения, выделяются основные задачи, которые должны решаться в ходе этой деятельности, а именно:

- скрининг, анализ и прогноз явлений (процессов, факторов, причин, условий), способствующих зависимому и созависимому поведению в среде несовершеннолетних;

- изучение специфических факторов жизнедеятельности подростков, которые приводят к их личностной деградации и формируют мотивацию зависимости;

- устранение или ограничение влияния негативных социальных процессов, способствующих морально-психологической деформации личности несовершеннолетнего;

- постоянное выявление лиц, характеризующихся зависимым поведением;

На основании всего вышесказанного, и принимая во внимание опыт прошлых исследований по данной проблеме, нами была разработана интерактивная настольная игра. За основу были взяты лучшие игровые механики из уже существующих настольных игр, а также была проведена адаптация тематики к современным реалиям и возрастным особенностям подростков.

В настоящее время настольные игры активно вытесняются компьютерными. Тем не менее это не мешает им сохранять свою популярность у людей самых разных возрастов и интересов. Отличительной особенностью настольных игр является «живое» совместное общение игроков, протекающее в необычной обстановке – имитируемой действительности, воссоздаваемой благодаря правилам, игровым атрибутам, воображению участников и талантам авторов-разработчиков. Следует вспомнить, что исторически настольные игры создавались для того чтобы развлекать, воспитывать и обучать. Если говорить о карточных играх, то необходимо отметить, что во всех странах они сделались главным занятием всякого общества. Карточные игры, как отмечал А. Шопенгауэр, являлись подготовительной школой светской и деловой жизни. Благодаря им люди начинали «умно пользоваться неизменно данными обстоятельствами (картами)». Как выше замечено, настольные (карточные) игры

использовались преимущественно в качестве средств организации досуга, пропаганды, тренажеров, учебных пособий. На современном этапе, сочетая высокую изобразительность (картинность) и сценарную гибкость, настольная игра позволяет рассказывать о вымышленных и реальных событиях, моделировать ситуации, благодаря чему игроки при помощи своего воображения и воображения авторов игры, могут получить уникальные знания и опыт. Именно это обстоятельство позволяет нам говорить о том, что у настольных игр очень большой образовательный и профилактический потенциал, который, к сожалению, на наш взгляд, в педагогической среде используется в очень незначительной мере.

Также главный мотив заключается не в ее результатах, а в самом процессе.

Настольные игры, имея много общих черт с деловыми и компьютерными играми, характеризуются, в то же время, рядом специфических признаков:

- настольная игра предусматривает решение различных когнитивных задач, требующих развития метакогнитивных умений (пространственных, логических, знаково-символических и др.);

- оптимальное решение конкретных задач, предусмотренных игрой, предполагает построение плана игровых действий каждым участником, выработку стратегий и их преобразование в процессе игрового взаимодействия, учета позиции другого при разработке стратегии. Выполнение игровых действий приводит к освоению необходимых метакогнитивных умений;

- коллективная форма проведения требует овладения разными коммуникативными умениями (сотрудничество с другими, умение работать в группе, учет позиции другого);

- соревновательная мотивация в ситуации выигрыша/проигрыша в ряде игр требует, с одной стороны, развития эмоциональной саморегуляции, а с другой – способствуют ее становлению.

Исходя из понятия «игра», которая подразумевает развлечение и досуг, нельзя сделать вывод, что она будет действительно полезна для подростков. Но

основополагающими идеями, в данном случае, будут активное участие подростков в процессе профилактики и как следствие - фасилитационный подход. Основная профилактическая направленность данного проекта- пропаганда здорового образа жизни в целом, на примере конкретных ситуаций, связанных с организмом человека и его системами. (см. Приложение 2)

Помимо развлекательной функции игра будет нести в себе следующее: образовательный потенциал на междисциплинарном уровне, глубокую психологическую и ролевую функцию, это можно назвать «погружением в процесс с головой». Создание уникальной ситуации социального-психологического опыта, который в других условиях был бы невозможен. Игрокам предстоит увидеть, к чему могут привести те или иные вредные привычки. Но они не останутся безмолвными наблюдателями, а возьмут на себя роль защитных систем организма. А различные средовые факторы будут как помогать им, в этом нелёгком деле, так и всячески препятствовать. Далеко не факт, что игроки смогут «пройти» игру с первого раза, ведь как и в жизни в ней не всё может получиться сразу. Рекомендуемый возраст игроков- 10-15 лет, но при необходимости игровой процесс можно упростить для школьников младшего возраста.

Проект не претендует на стопроцентную оригинальность и является лишь наиболее удачным сочетанием опыта из разных сфер науки и искусства. Но тем не менее, её вполне успешно возможно применять в первую очередь для первичной профилактики подростков любого возраста, пола, физических и умственных способностей, культурной и религиозной принадлежности, что делает её универсальным инструментом в руках специалиста по социальной работе или социального педагога.

### **Выводы по второй главе**

Большинство подростков с зависимым поведением являются жертвой трудных условий среды, в которой они находятся. Проблема при работе с такими подростками может заключаться в том, что для самого индивида эта ситуация зачастую является естественной, единственно существующей в его картине мира как образ жизни.

Многие пособия по профилактике зависимого поведения к настоящему времени безнадежно устарели, поскольку в них присутствует сильный идейный уклон, часть рекомендаций находится в противоречии с современным законодательством, а остальные отражают лишь отдельные части проблемы, в основном направлены на повышение уровня знаний педагогов в сфере профилактики наркотизации, а аспекты социума и психики детей в этих пособиях не учитываются. Выпущенные в последние десять лет справочники по профилактике аддиктивного поведения в Западных странах, хотя и отражают все стороны проблемы но требуют адаптации к культурным условиям.

Предлагаемый нами проект «Защитники» основан на идеях комплексного подхода к работе с подростками, преимущественно ориентир взят на деятельность с психологическими особенностями аддиктов. Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что в области профилактических работ прослеживаются тенденции отказа от медикоцентристского подхода и информирования о губительных последствиях зависимостей. По нашему мнению деятельность по профилактике должна вестись с позиции позитивной клиентцентрированной работы. В данном случае ребенок будет являться не пассивным наблюдателем, а активным клиентом социально-педагогической деятельности заинтересованным в собственном здоровье и психическом благополучии. Характерной особенностью предлагаемого проекта является содействие максимальной вовлечённости подростка в решение проблемы, построении жизненных планов, самореализации и самоактуализации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

События, происходящие сегодня в современном обществе, выдвинули на первый план множество проблем, одной из которых является проблема зависимого поведения. Причины зависимостей в поведении подростка возникают в результате экономической, культурной и политической нестабильности общества, наращивание влияния опасных субкультур, изменений в содержании ценностных ориентиров у молодежи, неблагоприятных отношений в семье, недостаток контроля в поведении, чрезмерной занятости родителей.

Обобщенные результаты позволили сделать следующие выводы:

1. Что аддиктивное, или зависимое поведение понятие социальнопсихологическое, так как означает уход из реальности посредством изменения своего психического состояния.

2. Зависимое поведение как категория представляет собой взаимодействие индивидуума с социумом, нарушающее его развитие и социализацию вследствие отсутствия адекватного принятия средой его индивидуальных особенностей и проявляющееся его поведенческим нигилизмом, предлагаемым нравственным и правовым общественным нормам.

3. В профилактики и борьбе с аддиктивным поведением необходима точная диагностика мотивации зависимостей, изучение типичных признаков, умение отделить не систематические внешние проявления от значимых изменений в поведении и сознании учащихся. Точная диагностика позволяет правильно выбрать наиболее подходящую методику оказания социальной помощи подросткам с зависимым поведением, обеспечивающую снижение отрицательных и рост положительных тенденций в его поведении.

4. В процессе профилактики подростковых зависимостей, а особенно первичной её составляющей, необходимо всеми возможными средствами вовлечь ребёнка в процесс профилактики, сделать его активным участником

такого процесса, а не только пассивным наблюдателем или слушателем, что перекликается с деятельностным подходом А. Н. Леонтьева и С. Л.

Рубинштейна.

Таким образом, мы приходим к выводу, что если не будут приниматься адекватные меры по профилактике аддиктивного поведения, то можно забыть про целое поколение сегодняшних подростков. Необходимо, чтобы все существующие в нашем государстве социальные институты оказывали на него положительное влияние. Успех в деле предотвращения и борьбы с социальнонегативным поведением подростков во многом зависит от того, в какой мере принимаемые законопроекты, разработанные программы и технологии работы находят реализацию на практике.

### **БИБЛИГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Азарова, Е. Психология зависимостей / Е. Азарова. // – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 580 с.
2. Айвазова, А.Е. Психологические аспекты зависимости / А.Е. Айвазова. – СПб: Речь, 2003. – 120 с.
3. Ананьева, О. Аддикция и психологические кризисы: личностные, возрастные, семейные / О. Ананьева. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2013. – 80 с.
4. Березин, С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости: монография / С.В. Березин. – М.: МПА, 2001. – 191 с.
5. Бойко, Н.Н. Никотиновая зависимость. Психоактивные зависимости / Н.Н. Бойко. – М.: Родная страна, 2012. – 320 с.
6. Брюер, Ж. Зависимый мозг. От курения до соцсетей: почему мы заводим вредные привычки и как от них избавиться / Жадсон Брюер, пер. с англ. В. Корнеевой. – М.: МИФ, 2018. – 304 с.
7. Войскунский, А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета / А.Е. Войскунский // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 1. – С. 90100.



8. Выготский, Л.С. История культурного развития нормального и ненормального ребенка / Л.С. Выготский // Психология личности. – М.: Изд-во МГУ, 1982. -С. 165.

9. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – М.: НПО МОДЕК, 2002. – 240 с.

10. Голубева, Г.А. Социология: учебное пособие для вузов / Г.А. Голубевой, А.В. Дмитриева. – М.: ТетраСистемс, 2004. – 224 с.

11. Гофман, А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман. –М.: Миклош, 2003. – 215 с.

12. Гудвин, Доналд У. Алкоголизм / Д.У. Гудвин. – М.: Олимп-Бизнес, 2002. – 240 с.

13. Даулинг, С. Психология и лечение зависимого поведения / С. Даулинг, пер с англ. Р.Р. Муртазина. – М.: Класс, 2000. – 240 с.

14. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический этюд /Пер. с фр. с сокр.; Под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, -1994. 399 с.

15. Егоров, А. Ю. Религиозная аддикция (зависимость) / А.Ю. Егоров. – СПб: Речь, 2007. – 768 с.

16. Клейберг, Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. / Ю.А. Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, –2004.192 с.

17. Колотилова, И. Психологическая зависимость от ролевых компьютерных игр / И. Котилова, Е. Беловол. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2011. – 292 с.

18. Короленко, Ц. Психология зависимости / Ц. Короленко, Н. Дмитриева, Т. Шпикс. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2007. – 188 с.

19. Котляров, А.В. Другие наркотики / А.В. Котляров. – М.: Психотерапия, 2006. – 480 с.

20. Краснова, С.А. Стоп! Никотин! / С.А. Краснова, В.С. Тундалева. – М.: Научная книга, 2008. – 114 с.

21. Крюкова, Т.Л. Психология совладающего поведения. / Т.Л.Крюкова.– Кострома: Авантитул, 2004. – 153 с.
22. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики. / А.Н. Леонтьев. – М.: Просвещение, 1981. –517 с.
23. Линден, Д. Мозг и удовольствия / Д. Линден, пер с англ. Веревкиной И. – М.: Эксмо, 2012. – 288 с.
24. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Личко А.Е. – СПб: Речь, 2010. – 256 с.
25. Лишин, О.В. Педагогическая психология воспитания. Учебное пособие для школьных психологов и педагогов / О.В. Лишин Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Институт практической психологии, 1997. - 256 с.
26. Макаренко, А.С. Книга для родителей. / А.С. Макаренко. –М.:ИТРК, 2014. –320 с.
27. Мардахаев, Л. В. Социальная педагогика : учебник для бакалавров / Л.В. Мардахаев. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2013. – 817 с. – (Серия : Бакалавр. Академический курс)
28. Менделевич, В.Д. Руководство по аддиктологии / В.Д. Менделевич. – СПб: Речь, 2006. – 250 с.
29. Назмутдинов, А.Р. Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением / Материалы конф. Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств Под ред. Н.Е. Буториной. – Челябинск. – 2000. – 240 с.
30. Николаева, Е. Аддиктология. Теоретические и экспериментальные исследования формирования аддикции / Е. Николаева, В. Каменская. – М.: Форум, 2015. – 224 с.
31. Полунина, А.Г. Когнитивные нарушения и риск развития алкоголизма и наркоманий при синдроме дефицита внимания с гиперреактивностью / А.Г. Полунина. // Психологический журнал. – 2006. – №1. – 132 с.

32. Сайт Генеральной прокуратуры РФ [Электронный ресурс]: Режим доступа [http://crimestat.ru/offenses\\_map](http://crimestat.ru/offenses_map) (Дата обращения 02.06.2019)
33. Самыгин, П.С. Девиантное поведение молодежи / П.С. Самыгин. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 440 с.
34. Смагин, С. Ф. Аддикция, аддиктивное поведение / С.Ф. Смагин. – СПб.: МИПУ, 2000. – 250 с.
35. Смирнов, А.В. Наш взгляд на сексуальную аддикцию / А.В. Смирнов. – Екатеринбург: УГПУ - 2008. – 180 с.
36. Смирнов, А.В. Психология аддиктивного поведения: монография / А.В. Смирнов. – Екатеринбург: УрГПУ – 2014. – 266 с.
37. Стрикалов, А.В. Алкоголизм: хитрости и тонкости / А.В. Стрикалов. – М.: Новый издательский дом, 2004. – 347 с.
38. Усова, Е.Б. Психология девиантного поведения учебно-методический комплекс / Е. Б. Усова. – Минск: МИУ, 2010. – 180 с.
39. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 N 124-ФЗ (последняя редакция). – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_19558/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19558/) (дата обращения 02.02.2018).
40. Федеральный закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 10.05.2018).
41. Федосеенко, Е.В. Психологическое сопровождение подростков. Система работы, диагностика, тренинги / Е.В.Федосеенко – СПб.: Речь, –2008. 192 с.
42. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М., Изд. Института

43. Холостова, Е.И. Социальная работа с молодежью: учеб. пособие для вузов / под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Дашков и К, 2009. – 311 с.
44. Хомич, А.В. Психология девиантного поведения: Учеб.пособие / А.В. Хомич. – Ростов н/Дону. – 2006. –140 с.
45. Шабанов, П. Д. Основы наркологии / П.Д. Шабанов. – СПб: Лань, 2002. – 560 с.
46. Шагинов, В.Б. Воспитание и развитие личности на рубеже XXI века. Личность и общество. / В.Б.Шагинов – Сб. – Улан-Удэ: Бэ– лиг, 1998. –58 с.
47. Шилова, М.А. Профилактика алкогольной и наркотической зависимости у подростков. / М.А. Шилова. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 310с.
48. Шишковец, Т.А. Осложненное поведение подростков: Причины, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция: Справочные материалы / Авт.–сост. Т.А.Шишковец. – М.: 5 за знания, 2006. – 192 с.
49. Щеглов, Ф.Г. Игровая зависимость / Ф.Г. Щеглов. – СПб.: Речь, — 2007. — 448 с. 82.
50. Янг, Ш. Привычки на всю жизнь. Научный подход к формированию устойчивых привычек / Шон Янг; пер. с англ. В. Горохова. – М.: МИФ, 2018. – 272 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ Анкета заполняется анонимно**

### **1.Укажите ваш пол**

**а)Муж**

**б)Жен**

**2.Укажите ваш возраст \_\_\_\_\_**

**3.Есть ли у вас друзья или знакомые, которые употребляют алкоголь или табачные изделия?**

- а) Есть, это мои близкие друзья**
- б) Есть, я не очень хорошо знаю этих людей**
- в) Таких людей нет**
- г) Другое \_\_\_\_\_**

**4. Считаете ли вы утверждение верным: Если человек бросил курить, значит, он не курил по-настоящему? а) Да, полностью согласен**

- б) Согласен частично (кажите причину) \_\_\_\_\_**
- в) Не согласен**

**5. Считаете ли вы, что запах табачного дыма отвратителен?**

- а) Да, я не могу находиться рядом с зажжённой сигаретой, становится плохо, трудно дышать**
- б) Да, мне не нравится запах, но в остальном чувствую себя комфортно**
- в) Не могу дать определённого ответа, не чувствую запаха**
- г) Нет, запах дыма мне нравится**

**6. Общаетесь ли вы со сверстниками, которые хотя бы иногда употребляют алкоголь?**

- а) Общаюсь регулярно**
- б) Иногда вижу с ними, проводим время в одной компании**
- в) Таких знакомых у меня нет**
- г) Стараюсь не общаться с такими людьми**

**7. Предлагал ли вам кто-либо попробовать алкоголь?**

- а) Предлагали, я пробовал**
- б) Предлагали, я отказался**
- в) Предлагали, я попробовал немного и мне не понравилось, почувствовал себя плохо**

г)Никто не предлагал и я никогда не пробовал

д)Другое \_\_\_\_\_

**8.Считаете ли вы, что курение и употребление алкоголя делает человека взрослее? а)Да,это так**

**б)Верно отчасти**

**в)Совсем не верно**

## **Приложение 2**

**Готовы ли вы приложить все усилия, чтобы спасти человека от него самого? Вы возьмете на себя роль защитных систем организма. Ваша задача-остановить и обезвредить негативное влияние на организм человека.**

**Вам и вашей команде предстоит перемещаться по организму, гасить очаги болезни и искать ресурсы для изобретения лекарств.**

**Работайте сообща, используйте сильные стороны каждого из команды, ведь время неумолимо бежит вперед и вспышки случаются все чаще. Успеете ли вы вовремя изобрести лекарства? Судьба человека в ваших руках!**

### **Подготовка к игре**

1 – Перемешайте карты персонажей и раздайте по одной каждому игроку.

2 – Поместите фишки персонажей и 1 исследовательскую станцию в «сердце».

3 – Установите жетон рецидива привычек на «0».

4 – Установите жетон вредных привычек на «2» (крайнее левое значение).

5 – Отложите в сторону 6 карт вредных привычек.

6 – Перемешайте игровую колоду и раздайте 5/4/3/2/1 карту 1/2/3/4/5 игрокам.

7 – Разложите оставшиеся карты из колоды в 4/5/6 стопок в зависимости от желаемого уровня сложности (лёгкий/нормальный/сложный).

8 – Замешайте в каждую стопку 1 карту пагубных привычек, после чего поместите все стопки друг на друга, чтобы получилась одна общая колода (если стопки отличаются по количеству карт, то самые большие помещаются сверху).

9 — Перемешайте колоду вредного воздействия.

10 – Вскройте 3 карты из колоды вредного воздействия и поместите по 3 жетона болезни в указанные на картах города.

11 – Вскройте 3 карты из колоды вредного воздействия и поместите по 2 жетона болезни в указанные на картах города.

12 – Вскройте 3 карты из колоды вредного воздействия и поместите по 1 жетону болезни в указанные на картах города.

13 – Первым ходит игрок, который позже всех болел.

Помните:

1) В любой момент игроки могут просматривать стопку сброса вредного воздействия.

2) Ни в одном месте на «карте» не может быть 4 жетона болезни одного цвета.

Игра продолжается пока не наступит любое из событий, указанных в разделе "Конец игры".

### **ПОРЯДОК ХОДА**

1) Совершите любые 4 действия (можно пасовать и совершать меньше действий)

а) ПЕРЕМЕЩЕНИЕ

1) Переезд: Переместитесь в соседнее место по линии

II) Перелёт: Используйте карту и переместитесь в указанный на ней место организма.

III) Прямое перемещение: Используйте карту места, в котором вы находитесь и переместитесь в любое место на карте.

IV) Нервные связи: Если вы находитесь в месте со «нервным узлом», переместитесь в любой другое место с «нервным узлом».

ПОМНИТЕ: Прямое перемещение можно использовать только с помощью карты места, в котором находится перемещаемый игрок..

#### b) «СТРОИТЕЛЬСТВО» НЕРВНОГО УЗЛА

I) Используйте карту места, в котором вы находитесь, чтобы построить нервный узел.

II) Если узлы кончились – при строительстве уничтожается один из ранее построенных.

ПОМНИТЕ: Строителю не нужно сбрасывать карту при строительстве нервных узлов.

#### c) СОЗДАНИЕ ЛЕКАРСТВА

I) Соберите 5 карт одного цвета (4 – если вы учёный) и придите в город с нервным узлом

II) Используйте 5 карт одного цвета, чтобы создать лекарство

III) Поместите жетон «найдено лекарство» на значок соответствующей болезни.

#### d) БОРЬБА С БОЛЕЗНЬЮ

I) Удалите 1 жетон болезни из места, в котором вы находитесь. Если от этой болезни найдено лекарство– удалите из места все жетоны этого цвета.

II) Медик: Удаляет из места ВСЕ жетоны болезни любого цвета.

III) Если от болезни найдена вакцина, и все жетоны этой болезни удалены с поля, болезнь побеждена.



a) Поместите жетон «болезнь побеждена» на значок соответствующей болезни.

b) Удалите из игры все жетоны этой болезни.

c) Если из колоды вредного воздействия вскрывается карта этой болезни, ничего не происходит.

e) ОБМЕН ЗНАНИЯМИ

I) Передайте 1 карту игроку, который находится с вами в одном месте  
Можно передавать только карту, на которой указан место, в котором вы стоите.

II) Исследователь: Может передавать другим игрокам любые карты (не нужно стоять в городе, указанном на карте).

ПОМНИТЕ: Исследователь может отдавать карты в ход другого игрока (этот игрок тратит 1 действие за каждую карту).

III) Игрок может держать в руке не больше 7 карт. Если у него их становится больше, то лишние карты необходимо тут же сбросить. При необходимости можно использовать карты специальных событий, чтобы уменьшить число карт в руке до 7.

2) НАБЕРИТЕ 2 КАРТЫ

a) Наберите 2 карты в руку из игровой колоды.

b) Выпала карта вредной привычки?

I) Сбросьте карту вредной привычки и передвиньте жетон «вредных привычек» на 1 значение вправо.

II) Вскройте НИЖНЮЮ карту из колоды вредных привычек и поместите в указанный на ней место 3 жетона болезни.

III) Перемешайте стопку сброса вредных привычек и поместите её НАВЕРХ колоды вредных привычек .

3) УСИЛЕНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

- a) Посмотрите чему равно значение уровня вредных привычек  
Вскройте столько карт из колоды вредных привычек .
- b) Поместите по 1 жетону болезни указанные на картах места.

### РЕЦИДИВ ПРИВЫЧКИ

Если в городе должен добавиться 4-й жетон болезни одного цвета, происходит рецидив

- 1) Вместо добавления 4-го жетона в место, поместите по 1 жетону этой болезни в каждое соседнее место.

ПОМНИТЕ: Может возникнуть цепная реакция, но два рецидива подряд в одном и том же месте не происходят.

- 2) Передвиньте жетон вредных привычек на 1 значение вправо.
- ### КОНЕЦ ИГРЫ

Игра заканчивается сразу же как только происходит что-то из перечисленного. Игроки выигрывают или проигрывают все вместе.

- 1) ПОБЕДА: Найдены все 4 лекарства. Полная победа над болезнями не требуется.
- 2) ПОРАЖЕНИЕ: Нужно добавить на поле жетон болезни, а все 24 жетона этой болезни уже на поле.
- 3) ПОРАЖЕНИЕ: Наступил 8 рецидив (жетон достиг значения «8»).
- 4) ПОРАЖЕНИЕ: Игрок должен набрать карты в конце своего хода, а игровая колода закончилась.