**Тема 14. Профілактика девіантної поведінки**

**Цілі:**

* розширити знання про методи профілактики девіантної поведінки;
* сформувати уявлення про основні підходи до профілактики девіантної поведінки та технології превенції девіацій.
* розвинути вміння здійснювати підбір засобів профілактики девіантної поведінки відповідно до ситуації.

Превенція – дія з метою попередження / профілактики небажаного явища. Під профілактикою в соціальній педагогіці розуміються перш за все науково обґрунтовані і своєчасно зроблені дії, спрямовані на: запобігання можливих фізичних, психологічних або соціокультурних обставин в окремої дитини або неповнолітніх, що входять до групи соціального ризику; збереження, підтримку і захист нормального рівня життя і здоров’я дитини; сприяння дитині в досягненні соціально значущої мети і розкритті її внутрішнього потенціалу.

Інтервенція (втручання) – екстрена і невідкладна психологічна швидка допомога, спрямована на повернення людини до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативної дії травматичної події. Це дія з метою позитивних змін, наприклад, термінове вилучення з антисоціальної сім’ї, компанії, робота з горем і втратою, наслідками насильства чи розлучення тощо.

Соціальний контроль – механізм самоорганізації (саморегуляції) і самозбереження суспільства шляхом встановлення та підтримки в даному суспільстві нормативного порядку, усунення або нейтралізації, чи мінімізації нормопорушуючої (девіантної) поведінки. Основними методами соціального контролю є заохочення і покарання.

Корекція – система заходів, спрямованих на виправлення недоліків або відхилень поведінки, компенсацію виявлених відхилень особи через роботу з її мікросоціальним оточенням.

Підходи до вибору профілактичних технологій:

Інформаційний підхід базується на тому, що відхилення у поведінці підлітків від соціальних норм відбуваються тому, що неповнолітні їх просто не знають. Тому основним напрямом роботи повинно стати інформування неповнолітніх про:

їхні права й обов’язки, а також вимоги, які висуває суспільство й держава до виконання встановлених для певної вікової групи соціальних норм;

правові аспекти наслідків поведінки, що відхиляється від норми;

клініко-біологічні наслідки аномальних звичок;

шляхи і способи утвердження здорового способу життя.

В основі соціально-профілактичного підходу є виявлення, усунення і нейтралізація причин і умов, які створюють різного роду негативні явища. Він передбачає:

навчання дітей правилам і нормам гігієни з урахуванням статевовікових особливостей;

вивчення особливостей фізичного і психічного розвитку дітей у період перебування в дитячій установі;

аналіз соціально-культурних умов виховання дітей в конкретному мікросоціальному оточенні – в сім’ї, в колі однолітків і т.д.

В основі медико-біологічного підходу лежить попередження можливих відхилень від соціальних норм цілеспрямованими заходами лікувально- профілактичного характеру щодо осіб, яка страждають різними психічними аномаліями, тобто патологією на біологічному рівні.

Соціально-педагогічний підхід передбачає відновлення чи корекцію якостей особистості підлітка з девіантною поведінкою, особливо його моральних і вольових якостей особистості.

Компоненти профілактичної роботи.

Освітній компонент.

Специфічний аспект – мати уявлення про наслідки, до яких приводять ті або інші девіантні відхилення в поведінці і як вони можуть вплинути на життя і долю людини. Мета: навчити молоду людину розуміти й усвідомлювати, що відбувається з людиною (з будь-ким, можливо, і не з ним самим) при тих або інших способах девіантного реагування на проблемні ситуації.

Неспецифічний аспект – знання про себе, розуміння своїх відчуттів, емоцій, можливі способи роботи з ними, турбота про себе. Мета: формування розвинутої концепції самосвідомості у молодої людини.

Психологічний компонент – корекція певних психологічних особливостей особистості, що сприяють прояву девіантних відхилень у поведінці, створення сприятливого довірчого клімату в колективі, психологічна адаптація школярів групи ризику та ін. Робота з почуттями вини, страху, невпевненості в собі, проблемами відповідальності, прийняття рішень.

Мета: психологічна підтримка дитини. Формування адекватної самооцінки, навичок прийняття рішень, уміння сказати «ні», постояти за себе, визначати і нести відповідальність за себе, свої дії та свій вибір.

Соціальний компонент – допомога в соціальній адаптації дитини до умов навколишнього соціуму, оволодіння навичками спілкування, здорового способу життя.

Мета: формування соціальних навичок, необхідних для здорового способу життя і комфортного існування в навколишній соціальній дійсності.

Умови, які сприяють реалізації цієї мети:

розробка і розвиток високо функціональних стратегій поведінки і мобілізація особистісних ресурсів школярів;

відкрите, довірче спілкування і сприйняття інформації, творча атмосфера роботи;

цілеспрямований розвиток наявного особистісного потенціалу, який сприятиме формуванню здорового стилю життя і високоефективної поведінки;

формування позитивної Я-концепції (самооцінки, ставлення до себе, своїх можливостей і недоліків); власної системи цінностей, мети і установок;

наявність здатності робити самостійний вибір, контролювати свою поведінку і життя, вирішувати прості та складні життєві проблеми, уміння оцінювати ту або іншу ситуацію і свої можливості, контролювати її;

уміння спілкуватися з оточуючими, розуміти їх поведінку і перспективи, співпереживати та надавати психологічну й соціальну підтримку;

розвиток стратегій і навичок поведінки, що веде до здоров’я: прийняття рішення та подолання життєвих проблем, оцінки соціальної ситуації і прийняття відповідальності за власну поведінку в ній, відстоювання та захист меж свого персонального простору; захисту свого «Я», використання альтернативних поведінкових реакцій, безконфліктне та ефективне спілкування (Ковальчук М. А. 2013).

Методи впливу на девіантну поведінку особи:

Методи стимулювання мотивації зміни поведінки. Робота з мотивацією починається з перших хвилин консультування. Важливим питанням є те, чому дитина звернулася за допомогою. На даному етапі будуть доречні прямі питання: «Що ти хочеш отримати від нашої співпраці?», «Чим я можу допомогти тобі?». Також можливе використання прийому розкриття намірів за допомогою уточнюючих гіпотез: «Ти звернувся за допомогою, тому що хочеш заспокоїти близьких?».

Методи корекції емоційних станів. Існують два основні способи корекції негативних емоційних станів:

зменшення їх сили, наприклад, за методикою систематичної десенсибілізації. Десенсибілізація слугує для зниження негативної напруженості, тривожності та боязні страхітливих образів, об’єктів або подій. Техніка десенсибілізації полягає в повторному проживанні лякаючої події на тілесному плані, щоб стерти, витіснити негативне переживання;

вироблення альтернативних реакцій, наприклад, за допомогою тренінгу релаксації або упевненості. Реакції, не сумісні з тривогою: асертивні реакції (відкритий прийнятний вираз емоцій щодо іншої людини); реакції релаксації; дихальні реакції; змагальні моторні реакції; приємні емоційні реакції, що

виникають в різних життєвих ситуаціях (бесіда); усне або рольове програвання конфліктної ситуації.

Метод систематичної десенсибілізації – метод систематичного поступового зменшення сензитивності (тобто чутливості) індивіда до предметів, подій або людей, що викликають тривожність. Варіант методики – емотивна уява. Тут використовується образ улюбленого героя дитини, її кумира або значущої людини. В цьому образі дитина поступово стикається з ситуаціями і долає їх. Можуть поєднуватися з ігровою терапією, творчим самовираженням (малювання, театралізація), тілесною терапією.

Методи саморегуляції:

Ментальна релаксація часто використовується після м’язевої релаксації. Вона має на меті уявити конкретну спокійну, приємну сцену. Важливо пояснити клієнтам, що мета навчання релаксації – це розвиток уміння досягати стану, що характеризується емоційним спокоєм.

Метод формування стратегії самоконтролю. Для цього підлітка спочатку навчають самоспостереженню за власною поведінкою. Самоспостереження часто здійснюється у формі щоденника.

Когнітивне переструктурування:

звернення уваги на суперечності в думках або розповіді підлітка:

ідентифікація і корекція дисфункціональних думок. Наприклад, депресія і хімічна залежність часто супроводжуються такими негативними переконаннями, як: «Я погана (поганий)», «Мене не можна любити», «Я не можу зацікавити людей», «У мене нічого не виходить», «Я повинна всім сподобатися». При цьому факти і оцінки оточуючих нерідко суперечать думкам підлітка, але ігноруються ним.

Методи придушення небажаної поведінки. Варіанти покарання:

Тайм-аут рекомендують використовувати при роботі з агресивними або надмірно рухливими дітьми. При цьому дитину просто видаляють з ситуації, в якій негативна поведінка може отримати підкріплення.

Методика негативних наслідків має на увазі перш за все позбавлення дитини підкріплюючих стимулів тоді, коли вона демонструє небажану поведінку. Підкріплюючими стимулами можуть бути: улюблені заняття, вільний час, подарунки, солодощі, схвалення і увага оточуючих, успіх.

Метод негативних реакцій – засудження (особливо групове), вираз гніву.

Демонстрація аверсивної (украй неприємної) події.

При використовуванні названих методик слід мати на увазі, що покарання ефективне, якщо воно: зрозуміле дитині та неодмінно поєднується з позитивним підкріпленням альтернативних реакцій.

Методи формування позитивної поведінки. Підкріплення можна здійснювати безпосередньо (за допомогою реальних підкріплюючих стимулів) або побічно (за допомогою символів, жестів). Крім того, підкріплення може бути опосередкованим, коли діти спостерігають за моделями – людьми, які одержують нагороду за бажану поведінку. Формування бажаної поведінки може здійснюватися у формі активного соціального навчання адаптивним поведінковим реакціям (Материалы по семинару 2013).

Інтерактивні форми профілактичної роботи:

Робота з афоризмами. Методика роботи з афоризмами: обговорити в групі всі вислови про протиправну поведінку відомих мислителів минулого і наших сучасників; вибрати три вислови, які найбільш сподобалися, і пояснити свій вибір; відібрати вислови, з якими не згодні або не зовсім згодні та прокоментувати їх; який вислів викликав найбільші розбіжності і чому?

Дебати.

Соціально-педагогічні і психологічні ігри. Гра є імітацією реальної діяльності (трудової, пізнавальної, комунікативної і т.д.) і спрямована на засвоєння в штучних умовах соціальних відносин і суспільно-корисних норм поведінки.

Колаж – спосіб створення нових ілюстрацій з фрагментів журналів, газет, реклам, буклетів, календарів. Сприяє формуванню авторських умінь і навичок; виробленню навичок індивідуальної та колективної (групової) роботи, партнерства; створенню умов для розкриття індивідуальних здібностей; розвитку особистої і групової активності, ініціативи; створенню сприятливої творчої та морально-психічної атмосфери в навчальному колективі.

Соціально-значущі проекти – комплексна дослідницька форма позааудиторної діяльності, учасники якої демонструють і захищають прогноз (проект) про майбутнє якого-небудь явища.

Соціально-педагогічний і психологічний тренінг.

Соціально-педагогічний інтерактивний театр – форма соціально- педагогічної профілактично-коректувальної роботи з девіантними підлітками, що дозволяє, застосовуючи психотерапевтичні механізми різних інтерактивних методів і технік театралізації, звернути увагу на проблеми підлітка, виявити та продемонструвати шляхи вирішення цих проблем найбільш конструктивними шляхами, а також сприяти його саморозвитку (Терпелюк В. В. 2014).

Стадії включення підлітків у діяльність театру:

Підготовча стадія. Мета: розкріпачення підлітків – учасників театру та створення невимушеної, вільної від зайвого контролю обстановки, навчання елементарній регуляції поведінки. Основним засобом впливу виступають психогімнастичні вправи (система рухів, міміки і пантоміміки), наприклад:

вправи-розминки («Будьмо знайомі», «Метафоричний самоопис»,

«Вузол», «Зоопарк» та ін.);

вправи загальної тематики («Людина та її тінь» «Настрій»,

«Перетягування каната», «Скульптор – глина» та ін.);

тематики повсякденних життєвих ситуацій («Вихiд iз дому», «Свято» та ін.).

Вони сприяють корекції негативних рис підлітків, забезпечують їхнє ефективне входження у роботу, сприяють проясненню взаємовідносин у групі, профілактиці дезінтеграційних процесів.

Імпровізаційна стадія. Мета: розвиток навичок діяти спонтанно, орієнтуючись на те, що відбувається «тут і зараз». Основний засіб впливу – техніка «театр-експромт» – постановка на очах у глядачів спектаклю несподіваного змісту, з елементами імпровізованої гри. Наприклад, ведучий зачитує казку «Колобок», а діти-учасники – дід, баба, ріпка і т.д. – виконують все те, про що читається. Така робота забезпечує створення простору для творчого розвитку школярів, їх зближення, розвитку нових навичок у спілкуванні, підвищення самооцінки.

Діагностично-формувальна стадія. Мета: вивчення ролі невербальних засобів у житті людини, формування здатності виражати свої почуття, емоційні стани, проблеми без слів і розуміти невербальну поведінку інших.

Роботу слід починати з використання психодраматичних вправ для

«розігрівання» («Матрьошка», «Поводир і сліпий», «Розтисни кулак», «Обмiн ролями», «Двійник», «За спиною» та ін.); а продовжувати психогімнастичними вправими-пантомімами (теми «Сім’я», «Я», «Міжособистісні конфлікти»,

«Подолання життєвих труднощів», «Фантазії та казки» та ін.). Вони сприяють формуванню у підлітків здатності виражати свої почуття, проблеми без слів і розуміти невербальну поведінку інших; самопізнанню та формуванню адекватної самооцінки, відпрацюванню конструктивних форм взаємодії.

Пізнавально-формувальна стадія. Мета: діагностування підлітками своїх здатностей у «проживанні» різних соціальних ролей, зіставлення своїх можливостей з ідеальними нормами поведінки. З цією метою можна використати рольові ігри на:

зняття психологічних бар’єрів («Воскова паличка» та «Рольове інтерв’ю»),

розвиток уважності один до одного («Бачення інших», «Вплив групового настрою», «Місце зустрічі»),

розвиток навичок само- та взаєморефлексії («Рольове обговорення»,

«Послухаємо себе», «Аукціон скульптур»),

розвиток вміння розуміти та використовувати паралінгвістичні засоби у ході діалогічного спілкування («Емоція», «Міміка і жести», «Вітання королеви»),

тренування навичок починати («Знайомство», «Інтерв’ю») та завершувати взаємодію («Відмова», «Прийом гостей»),

тренування навичок вести діалог («Телеміст», «Дискусія»,

«Співрозмовники», «Обмін»), організовувати конструктивну вербальну взаємодію («Стратегія діалогу», «Конкурс ораторів», «Батьки і діти», «Учні та вчителі»), ефективно взаємодіяти у ситуації конфлікту («Конфлікт у транспорті», «Емоційна доріжка», «Добудовування» конфлікту», «Ікс та ігрек», «Переговори») чи маніпулювання («Вгадай стиль спілкування», «Нещасна Лисичка» та «Крутий Вовк-рекетир», «Погана компанія») та ін.

Такі ігри дають змогу підліткам проявляти творчу самодіяльність, коригувати типові стратегії взаємодії, співвіднісши їх із реальною поведінкою у значущих ситуаціях.

Інтерактивно-реконструктивна стадія. Мета: розвиток у підлітків навичок усвідомлення проблеми, корекція стратегій взаємодії підлітків з іншими людьми, остаточна реструктуризація деструктивної поведінки підлітків та зміна жертовницько-насильницьких стереотипів реагування. Роботу на цій стадії доцільно здійснювати за двома напрямами.

Перший напрям передбачає розігрування ситуаційно-рольових ігор за методикою активного соціально-психологічного навчання: розігрування проблемної ситуації => її аналіз <=> повторні розігрування, в яких підлітки з девіантною поведінкою можуть по черзі займати позицію однієї зі сторін. Ситуації для розігрування можна об’єднати у такі блоки:

стосунки із батьками («На дискотеку», «Будь акуратним», «Кохання і батьки» та ін.); шкільне насильство («Вища всіх» та ін.);

стосунки з учителями («Урок математики», «Улюблена» школа» та ін.);

моральний вибір («Вибір: дім чи друзі», «Перша затяжка», «Перші сто грам» та ін.)

Робота над вказаними ситуаціями допомагає підліткам з девіантною поведінкою побачити себе зі сторони, оцінити та апробувати свої поведінкові прояви у складних ситуаціях.

Другий напрям роботи має на меті остаточну реструктуризацію девіантної поведінки підлітків та зміну жертовницько-насильницьких стереотипів реагування на конструктивні. Його завдання реалізуються на основі використання техніки «форум-театр» – це пошук в рамках запропонованого спектаклю – разом з учасниками і учасницями – шляхів рішення проблеми або виходу з складної життєвої ситуації. Фази:

розігрів – психогімнастичні та психодраматичні вправи «Настрій»,

«Відвертість», «Дерево», «Емоції», «Відгадай почуття» та ін.;

дія – 12-15-хвилинне інсценування мізансцен (агресивна, конфліктна чи ворожа поведінка підлітків; конфліктні взаємостосунки з батьками, вчителями; взаємостосунки між хлопчиками і дівчатками; відкидання підлітка групою однолітків; проблеми соціально-психологічної дезадаптації у підлітків; залучення підлітка до алкоголю і наркотиків та ін.), яке закінчується стоп-кадром;

форум – інтерактивне опитування аудиторії щодо представленого сюжету;

повторне програвання сцен за пропозиціями та з участю «глядачів»;

зворотній зв’язок, в якому можна взяти інтерв’ю у «глядачів» про спектакль, про ті почуття, які вони пережили, про зміну ставлення до тієї проблеми, про яку йшлося в спектаклі.

**Гемблінг**. Первинна профілактика полягає в діяльності, спрямованій на запобігання залученню неповнолітніх в азартні ігри. Вона передбачає роботу з дітьми, які ще не знайомі з дією азартних ігор, що мають поверхові знання про предмет обговорення. Для цього залучають підлітків до суспільно-корисної творчої діяльності, занять спортом, туризмом, мистецтвом тощо, а також формують у них основи моральних звичок індивідуальної поведінки і прийняття рішення у ситуаціях захоплення грою. Обов’язковою є робота з батьками підлітків, що має на меті: дати батькам необхідну інформацію з проблеми ігрової залежності підлітків; надати допомогу в усвідомленні власних сімейних і соціальних ресурсів; сформувати групи лідерів-батьків для профілактики ігрової залежності у підлітків (Дідик Н. М. 2015).

Вторинна профілактика орієнтована на дітей групи ризику. Її мета – раннє виявлення тих, хто починає ставати ігроманом, задля попередження виникнення у них психічної залежності від гри. Важливо: визначити рівні інформованості підлітків про дію гри на психіку людини і наслідки надмірного захоплення грою; вивчити можливі умови і фактори, що сприяють виникненню ігроманії; виявити індивідуально-психологічні стани дитини, що передують проявам ігрової залежності. Робота з батьками дітей групи ризику полягає у створенні груп взаємодопомоги, навчанні навичкам соціально підтримуючої і розвиваючої поведінки в сім’ї та у взаєминах з дітьми (Дідик Н. М. 2015).

Третинна профілактика – це надання допомоги підліткам, які страждають від ігрової залежності. У цьому випадку доцільно рекомендувати батькам неповнолітнього звернутися за допомогою до відповідних фахівців (психологів чи психотерапевтів), які мають досвід реабілітаційної діяльності.

**Фанатизм**. Найбільш доступними в школі шляхами профілактики фанатизму є:

просвітництво, що може передбачати, наприклад, ознайомлення з різними видами музики, а не лише одним напрямом чи гуртом; формування уявлення про саме явище фанатизму, особливості піддатливості впливу деструктивних ідей чи лідерів;

діагностична робота, яка має на меті виявлення неповнолітніх, що знаходяться у кризових ситуаціях, а отже можуть піддатися впливу релігійних ідей; неповнолітніх з нестійкою психікою та надмірною піддатливістю різним впливам (з акцентуаціями характеру тощо);

організація активної корисної діяльності, щоб підліток і в школі мав можливість себе реалізувати;

формування досвіду етичної поведінки та моральної стійкості до деструктивних впливів.

Рекомендації щодо профілактики дисморфоманійних уявлень:

– Позитивне і максимально коректне ставлення до дитини в процесі її виховання і навчання. Формування зниженої самооцінки і, зокрема, оцінки своєї зовнішності, значною мірою спричиняють такі ситуації в сім’ї, коли батьки не надають значення критичним словам, висловлюючись про зовнішність дитини:

«Ну, і капловухий же ти», «І в кого ти така носата вродилася» та ін. Слід уникати подібних зауважень і щодо підлітків, якщо навіть у них до пубертатного періоду з’являються які-небудь особливості в зовнішності: юнацькі вугрі, сутулість, деяка схильність до повноти і т. д. Необхідне дотримання відповідного такту і з боку вчителів та шкільних лікарів, оскільки думки про потворну повноту нерідко виникають у підлітків (особливо у дівчаток) у результаті різних реплік, сказаних викладачем фізкультури або тренером.

Медико-педагогічна коректувальна робота з діти, що мають реальні фізичні дефекти. Бажано повне (у тому числі й шляхом хірургічного втручання) усунення цього дефекту, причому якомога більш раннє, поки ще наявний фізичний недолік не викликав тих або інших змін у психіці підлітка.

Надання психіатричної допомоги. Часте звернення до різних спеціалістів з приводу свого тіла без видимих фізіологічних причин повинно викликати турботу з цього приводу у батьків чи вихователів. Консультація психіатра може допомогти виявити певні психічні (часто прикордонні) розлади, які загострюють дисморфоманійні уявлення, а тому потребують психотерапевтичного чи медикаментозного лікування.

Статеве виховання – це процес систематичного, свідомо спланованого впливу на формування статевої свідомості та поведінки дітей, складова частина виховного процесу, що забезпечує правильний статевий розвиток дітей та молоді та оволодіння нормами взаємин з представниками протилежної статі, а також правильне ставлення до питань статі (Олійник Л. 2010).

Виходячи із загальних завдань статевого виховання визначають декілька основних його напрямів:

статево-рольове виховання, що допомагає формуванню психологічної мужності та жіночності, оптимальних комунікативних установок чоловіків і жінок;

сексуальне виховання, спрямоване на оптимізацію формування сексуально-еротичних орієнтацій та сексуальної свідомості в контексті психосексуальної культури й етичних вимог;

підготовка до відповідального шлюбу як формування подружніх ролей і вироблення установок взаємно відповідального партнерства;

підготовка до відповідального батьківства, що передбачає формування рольової поведінки матері та батька щодо дітей і вироблення оптимальних репродуктивних установок;

формування здорового способу життя, насамперед, попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом (Профилактика ВИЧ/СПИДа 2006).

На порозі статевого дозрівання дитина повинна дізнатися про те:

як влаштована і функціонує репродуктивна система людини;

чим небезпечні вагітність у ранньому віці й інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), в тому числі ВІЛ-інфекція;

про сучасні засоби контрацепції та про те, що презерватив, за умови правильного використання, значно знижує ризик настання вагітності та зараження ІПСШ, і що єдиний стовідсотковий спосіб не завагітніти і не заразитися ІПСШ – утриматися від сексуальних стосунків;

про своє право на інформацію про репродуктивне здоров’я, на захист від сексуальних домагань і насильства, про право самій вирішувати, вступати чи не вступати в сексуальні стосунки, обирати партнера без жодного тиску та примусу;

про неприпустимість насильства в сексуальних стосунках і про відповідальність неповнолітніх за сексуальні насильницькі дії;

про те, що батьки готові допомогти і підтримати дитину в будь-якій ситуації, а також про спеціальні медичні установи для підлітків, куди вони можуть звертатися самостійно (Батькам підлітків 2013).

Для лікування уже сформованих сексуальних відхилень використовуються різні методи психотерапії, які спрямовані на поступове зменшення патологічного потягу, корекцію сексуальної поведінки (Павленок П. Д., Руднева М. Я. 2007).

Допомога при нервовій анорексії:

коригування неправильної системи харчування, що загрожує здоров’ю;

намагання встановити ті психологічні чи ситуаційні чинники, які привели до появи таких проблем, поліпшення спроможності спілкування;

родичі та друзі також повинні допомогти позбутися розладу (Виничук Н. В. 2004).

в) Нервова булімія (вовчий голод, кінорексія) – нав’язливе бажання об’їдатися з подальшою неадекватною поведінкою, спрямованою на уникнення збільшення маси тіла: найчастіше це індукція блювання, рідше – зловживання проносними засобами і діуретиками та інтенсивні фізичні навантаження або голодування після епізоду булімії (Городенчук З. 2004б).

Діагностичні критерії:

постійна заклопотаність їжею і непереборна тяга до їжі, навіть в умовах відчуття ситості;

спроби протидіяти ефекту ожиріння від їжі, що з’їдається, за допомогою таких прийомів, як: викликання блювоти, зловживання послаблюючими засобами, альтернативні періоди голодування, використовування препаратів, які пригнічують апетит;

нав’язливий страх ожиріння (Менделевич В. Д. 2005). Частіше всього розлад починає проявлятися в 15-21 рік.

На виникнення цього розладу, як правило, домінуючий вплив має сім’я. Неприйнятні якості в батьках часто проектуються на булімічну дитину, яка стає накопичувачем всього «поганого». Несвідомо ідентифікуючись з цими проекціями, дитина є носієм сімейної жадібності або імпульсивності. В результаті фокус уваги зміщується з конфліктів між батьками на «проблемну дитину». Дослідження підтверджують, що об’їдання дійсно є захистом проти несвідомого страху втратити контроль і бути покинутим. Часто булімія виникає у молодих людей після того, як вони чують про таку поведінку від своїх друзів або із засобів масової інформації (Комер Р. 2005).

Допомога при нервовій булімії:

Допомогти позбулася хибної схеми «обжерливість – очищення шлунку» і встановити правильний режим харчування;

Працювати над вирішенням проблем, що лежать в основі формування неправильної схеми харчування. При цьому, як правило, вчать клієнтів визначати, які думки звичайно підштовхують їх до обжерливості: «Я не контролюю себе», «Я виглядаю товстим» і т.д. Також допомагають страждаючим булімією позбутися почуття безпорадності, підвищити свою самооцінку і перестати прагнути будь що стати досконалим.

Рекомендувати таким особам ігрові види спорту, які дають задоволення і знімають стрес.

Важливою є підтримка сім’ї та оточення, завдання яких полягає також у контролюванні фізичної активності особи і запобіганні надмірним фізичним навантаженням (Виничук Н. В. 2004; Городенчук З. 2004б).

г) Обжерливість (компульсивне переїдання) – розлад режиму харчування, при якому людина відчуває неконтрольоване бажання та регулярно об’їдається, не супроводжуючи це ніякими компенсаторними діями.

Найчастіше це реакція на сильний стрес, втрату коханої чи рідної людини. Об’їдання зазвичай відбуваються таємно. Такі люди дуже швидко поглинають величезну кількість продуктів з мінімальним жуванням; вони схильні вибирати висококалорійні продукти з солодким смаком і м’якою структурою, наприклад, морозиво, печиво, смажені пиріжки і бутерброди. Обжерливість звичайно починається з почуття нестерпної напруги (Комер Р. 2005).

Іноді переїдання є елементом надмірної турботи батьків про дитину, що в подальшому може перерости і для неї у своєрідний ритуал, особливо, коли це підтримується коханою людиною (фідеризм).

д) Інші порушення харчової поведінки: парорексія – нав’язливе прагнення поїдати неїстівні предмети (хворі поїдають пісок, папір, п’ють клей, чорнило); харчові примхи – схильність лише до обмеженого переліку продуктів (Виничук Н. В. 2004).

Первинна превенція комп’ютерної та ігрової залежності – це комплекс профілактичних і виховних психолого-педагогічних заходів, що забезпечують стійкість до агресивної дії інформаційного середовища, дозволяючи попередити загрози формування залежності серед неповнолітніх (Программа первичной профилактики 2010).

Технології первинної превентивної роботи:

а) Інформаційні технології. Завдання:

– заповнення інформаційного вакууму підлітка. Засоби: регулярні публікації щодо превенції комп’ютерної залежності, Телефон довіри, робота з професійними психологами, створення «психологічної служби» в мережі;

– підвищенням компетенції підлітків у таких сферах, як культура міжособистісних відносин, способи подолання стресових ситуацій, проблеми адиктивної поведінки. Засоби: тренінги особистісного зростання з елементами корекції окремих особистісних особливостей і форм поведінки, які включають формування і розвиток навичок роботи над собою.

б) Освітні технології. Мета: навчити батьків, вчителів та дітей будувати свої взаємостосунки, уникаючи адиктивних стереотипів, з акцентом на емоційній підтримці. Засоби:

просвітницькі програми для батьків з проблеми надмірного використовування Інтернету або комп’ютера взагалі;

навчання педагогів, психологів і соціальних працівників, що працюють в навчальних закладах, встановленню норм і правил роботи з комп’ютером (добове навантаження, вікові норми);

інформаційно-просвітницька діяльність класних керівників, соціально- психологічної і бібліотечної служби, вчителів-предметників, педагогів додаткової освіти з дитячим колективом щодо змісту віртуальної залежності.

в) Технології зайнятості. Мета: допомога знайти своє призначення в житті. Засоби:

клубна робота – спортивні секції, художні гуртки, додаткова освіта, факультативи;

тимчасове або часткове працевлаштування молодої людини;

співпраця і спільна діяльність з педагогами і учнями (проектна діяльність з тематики залежності від комп’ютера – презентації «Комп’ютер – злий чарівник або добрий слуга?», буклети «Види комп’ютерних ігор і їх вплив на дитину», публікації, доповіді «Користь і шкода сучасних комп’ютерів», реферати, сайти, альбоми, конкурс малюнків «Життя в реалі» тощо).

г) Сімейні технології. Мета: формування гармонійних взаємостосунків у сім’ї, довірчих відносин між батьками і дітьми. Підліток потребує помірного контролю над його діями і помірної опіки з тенденцією до розвитку самостійності та уміння приймати відповідальність за своє особисте життя.

д) Релігійні технології. Мета: формування культури релігійних почуттів. Якщо вона орієнтована не на відхід від реальності існуючого світу, а, навпаки, наділяє людину вищою духовною і етичною силою для протистояння труднощам і адиктивним потягам (Юрьева Л. М., Больбот Т. Ю. 2006).

Чинники захисту (антиризику) – умови, які перешкоджають вживанню психоактивних речовин.

Первинні захисні чинники – умови, які перешкоджають залученню індивіда до психоактивних речовин.

Вторинні захисні чинники – умови, які перешкоджають переходу епізодичного вживання ПАР в систематичне і формуванню залежності від речовини, що вживається.

Сформованість і розвиток антинаркотичних установок:

Інформаційний компонент включає знання про аспекти наркотизації, що дозволяють запобігти знайомству з наркотичними речовинами.

Оцінний компонент виражається в негативному ставленні до наркотизації, уявленні про вживання ПАР як про неприйнятний спосіб поведінки.

Поведінковий компонент – це комплекс прийомів і навичок, що дозволяють уникнути проби наркотику.

Сімейні захисні чинники:

міцні сімейні зв’язки;

активна роль батьків у житті дітей;

розуміння проблем та особистісних турбот дітей;

чіткі правила, принципи усередині сім’ї, постійні обов’язки.

Чинники захисту в освітній установі:

підвищення загальної якості навчання, посилення зв’язку учнів зі школою;

успішна участь у громадських заходах;

заохочення, винагорода за добру поведінку, успіхи в навчанні;

участь у шкільних заходах;

негативне ставлення до вживання ПАР, розуміння наслідків їх вживання;

сформоване несхвальне ставлення друзів, знайомих, однолітків учнів до вживання ПАР (Профилактика ВИЧ/СПИДа 2006).

АЛКОГОЛІЗМ: з медичної точки зору – це хронічне захворювання, що характеризується непереборним потягом людини до спиртних напоїв; із соціальної позиції – це форма девіантної поведінки, що характеризується патологічним потягом людини до спиртного і подальшою деградацією особистості (Павленок П. Д., Руднева М. Я. 2007).

Початкова стадія розвитку алкоголізму, відмінна особливим хворобливим станом людини, який розвивається в результаті непомірного і систематичного вживання спиртних напоїв, називається пияцтвом.

Під ранньою алкоголізацією розуміється знайомство із спиртними напоями у віці до 16 років і регулярне їх вживання в старшому підлітковому віці; про ранній алкоголізм можна говорити при появі ознак хоча б першої стадії хвороби до 18 років (Личко А. Е. 1985).

Критеріями першої стадії алкоголізму є: поява психічної залежності (тяга до спиртного, зниження кількісного і ситуаційного контролю при алкоголізації); підвищення толерантності; втрата блювотного рефлексу; вранішня анорексія; амнезії і палімпсести сп’яніння (специфічне порушення пам’яті, яке виявляється нездатністю відтворювати окремі деталі, епізоди, подробиці, що відносяться до періоду алкогольної інтоксикації при здатності відтворити загальний хід подій).

Вживання дітьми та підлітками у віці до 16 років алкоголю в дозах, що викликають сп’яніння, завжди розглядалося як зловживання. У нинішній час за всіма міжнародними нормами під зловживанням алкоголю вбачається навіть мінімальне епізодичне вживання спиртних напоїв особами у віці до 21 року (Пенішкевич Д. І., Тимчук Л. І. 2010).

Мотиви вживання спиртного підлітками діляться на дві групи:

традиційні мотиви: бажання дотримуватися традицій, бути як всі («для хоробрості»), прагнення наслідувати старших, переживати нові відчуття, цікавість і т.п. Ці мотиви пов’язані з відсутністю у неповнолітніх життєвого досвіду, знань, що дозволяють їм вільно вступати в спілкування з оточуючими (наприклад, з особами більш старшого віку, дівчатами);

мотиви споживання алкоголю, які формують пияцтво як тип поведінки правопорушників. До числа цих мотивів входить прагнення позбулася нудьги; рідше – бажання зняти з себе напругу, звільнитися від неприємних переживань (Технология социальной работы 2013).

Профілактика алкоголізму серед населення – це система політичних, юридичних, медичних, етичних і соціальних заходів, спрямованих на

попередження розповсюдження і вживання спиртних напоїв, а також вироблення стійкого звикання до вживання алкоголю.

Напрями антиалкогольної діяльності соціального педагога в школі:

а) профілактика причин і наслідків алкоголізму. Це можна здійснити через проведення групових дискусій на теми, пов’язані з алкоголізмом. Результатом таких занять повинне бути формування групової думки, якої дотримуватимуться всі учасники групи.

б) організація вільного часу підлітків, оскільки беззмістовне дозвілля є провідним чинником ризику в розвитку зловживання підлітком алкоголю. Необхідна своєрідна яскрава реклама діяльності гуртків, секцій, клубів, дитячих і юнацьких організацій, щоб підліток міг вибрати собі заняття до душі.

в) антиалкогольне виховання, що спрямоване на формування у підлітка міцних антиалкогольних переконань: про необхідність тверезого способу життя, про неприпустимість вживання алкоголю в період формування організму, про аморальність пияцтва і алкоголізму, про формування антисоціальної особи підлітка, що зловживає алкоголем.

г) антиалкогольна просвіта педагогічного колективу школи. На основі знайомства з освітньою програмою учнів підліткового віку соціальний педагог може запропонувати включити елементи антиалкогольного виховання у всі предмети шкільного циклу.

д) посередницька діяльність соціального педагога – підключення до профілактичної роботи не тільки батьків учнів, але і співробітників міліції, лікарів районної поліклініки, працівників довколишніх підприємств, громадськості;

е) подолання соціально-педагогічної занедбаності підлітка, що виявляється у вигляді обмеженості словникового запасу, бідності знань про навколишній світ, недостатнього рівня засвоєння багатьох навичок (рахунок, читання, письмо і ін.) (Социальная педагогика 2000).

НАРКОМАНІЯ в соціально-педагогічному аспекті – це форма девіантної поведінки, яка виражається у фізичній або психічній залежності від наркотиків, що поступово приводить дитячий організм до фізичного і психічного виснаження та соціальної дезадаптації особистості (Социальная педагогика 2000).

Про наркоманію йде мова тільки в тих випадках, коли є клінічні ознаки захворювання – регулярне вживання наркотичних засобів, непереборний потяг до них, сформована фізична і психічна залежність, виразна зміна толерантності. Про зловживання наркотичними препаратами говорять при епізодичному, хоча і неодноразовому немедичному вживанні наркотичних препаратів і відсутності вказаних ознак захворювання, тобто в тих випадках, коли хвороба ще не сформувалася (Наркомания в контексте аддиктивного поведения 2015).

Рівні (шляхи) залучення підлітків до вживання ПАР:

Полісубстантна адиктивна поведінка:

етап перших проб, який, як правило, відбувається в компанії однолітків;

етап пошукового наркотизму, коли пробуються всі психоактивні речовини, до яких є доступ;

етап вибору пріоритетної речовини, який завершує пошук;

етап групової залежності, коли потреба в прийомі наркотику має місце лише в компанії; за межами групи потяг відсутній.

Моносубстантна адиктивна поведінка:

– випадкове вживання психоактивної речовини;

епізодичний прийом;

зловживання – адаптація організму до нових умов, які визначаються постійною наркотизацією;

групова залежність – етап звикання, що переходить у пристрасть (Личко А. Е., Биттенский В. С. 1991).

Особливості накопичення знань про наркотики і формування ставлення до них у різних вікових групах:

Вік 10-12 років. Дітей цікавить все, що пов’язано з наркотиками: їх дія, спосіб вживання. Про наслідки зловживання якщо і чули, то всерйоз не замислювалися. Самі наркотики не вживають (можлива токсикоманія), з тими, що вживають, знайомі одиниці. Знання уривчасті, недостовірні, отримані з чужих слів.

Вік 12-14 років. Основний інтерес викликає можливість вживання «легких наркотиків» – марихуана наркотиком не визнається. Про існування глобальної проблеми замислюються лише деякі, пробували наркотик небагато – з цікавості, багато хто знайомий із уживачами. Про наркотики знають багато – з досвіду знайомих або з розповідей, багато відомостей недостовірні. Небезпека зловживання недооцінюється. Говорять про проблему тільки між собою.

Вік 14-16 років. Ставлення до наркотиків формує три групи:

Вживають і співчувають – цікавляться питаннями, які пов’язані із зниженням ризику при вживанні без наявності залежності. Вживання наркотиків вважається ознакою незалежності. Серед членів цієї групи багато лідерів.

Радикальні супротивники – «сам ніколи не буду і не дам гинути другові». Багато хто з членів цієї групи вважає вживання наркотиків ознакою слабкості та неповноцінності.

Які не визначилися щодо наркотиків. Значна частина може почати вживання під впливом друзів.

Вік 16-18 років. Групи зберігаються, але число тих, що не визначилися, значно зменшується. Якісно зміняються зміст знань про наркотики: вони деталізуються і стають більш об’єктивними. В групі вживаючих і співчуваючих пожинають перші плоди, у зв’язку з цим великий інтерес викликають

кримінальні наслідки вживання і швидкість розвитку процесів, що впливають на здоров’я (Гоголева А. В. 2003).

Первинна профілактика зловживання ПАР включає комплекс соціальних, освітніх і медико-психологічних заходів, спрямованих на попередження залучення до вживання ПАР, які викликають хворобливу залежність (Гоголева А. В. 2003).

Основний зміст профілактичної роботи може включати:

а) Навчання позитивним психосоціальним навичкам: формування основних навичок культури поведінки, культури гігієни і турботи про себе; розвиток соціальної й особистісної компетентності; вироблення навичок самозахисту; попередження виникнення проблем; формування цілісного ставлення до себе, до навколишніх людей, до світу; оволодіння способами ефективної взаємодії з людьми і світом.

б) Антинаркотичне виховання: формування у дітей і підлітків особливої особистісної структури антинаркотичної спрямованості, що запобігає зверненню до одурманення як способу досягнення суб’єктивно позитивного стану та забезпечує можливість реалізації потреб в отриманні задоволення за рахунок соціально цінних джерел.

в) Позитивна пропаганда здорового способу життя: включення підлітка в сферу послуг і пропозицій, які реалізують потенціал здорового способу життя.

г) Позитивна пропаганда можливостей отримання допомоги щодо проблем ПАР і залежності: орієнтування й інформування молодих людей про можливості вирішення питань і проблем, що виникають.

д) Психологічна допомога сім’ям, обтяженим узалежненням.

е) Активізація політики школи з питань усунення зовнішніх чинників наркотизації школярів (Мартинюк Т.А. 2010).

ТОКСИКОМАНІЯ – різновид наркоманії, при якому замість наркотиків (засобів, внесених до офіційного переліку) в організм вводяться різні хімічні речовини, у тому числі не призначені для внутрішнього споживання, як от, пари бензину, засоби побутової хімії і т.д. Прийнято розрізняти токсикоманію, пов’язану:

по-перше, із зловживанням стимуляторами, що не відносяться до наркотиків, наприклад, кофеїном, чифіром1;

по-друге, із систематичним вдиханням летючих ароматичних речовин, а також використанням легко доступних і поширених засобів побутової хімії, нітрофарб, розчинників, засобів для виведення плям, синтетичних клеїв тощо (Павленок П. Д., Руднева М. Я. 2007).

ТЮТЮНОКУРІННЯ – шкідлива звичка, що полягає у вдиханні диму тліючого тютюну (що містить нікотин), різновид токсикоманії. У неповнолітніх пов’язане, насамперед, із соціальним підкріпленням референтною групою та

1 Чифір або чіфірь або чафірь – напій, що отримується виварюванням висококонцентрованої заварки чаю.

демонстрацією дорослості, що дозволяють не звертати увагу на первинні негативні ефекти куріння, зокрема нудоту і кашель (Воронцова М. В. и др. 2014).

Регулярне вживання нікотину викликає тютюнову залежність – розлад поведінки, що полягає в залежності від нікотину. Вважається, що перші ознаки

«нікотинового голоду» починають проявлятися, якщо індивід викурює 5 цигарок упродовж тижня (одну цигарку на день). У дітей і підлітків звикання до нікотину відбувається у 2-3 рази швидше, ніж у дорослих (Поширеність тютюнопаління та тютюнової залежності 2013).

При систематичному вдиханні диму тліючого тютюну або його жуванні може розвиватися нікотинізм – хронічне отруєння нікотином, яке супроводжує дратівливість, зниження працездатності, кашель з мокротою тощо.

Причинами початку куріння є:

у хлопців – прагнення наслідувати дорослих, ототожнення куріння з уявленнями про самостійність, силу, мужність;

у дівчат початок куріння часто пов’язаний з кокетуванням, прагненням до оригінальності, бажанням подобатися хлопцям;

звикання до нікотину (Воронцова М. В. и др. 2014).

Підходи до профілактики куріння в школах:

Раціональний підхід передбачає традиційні заходи на кшталт лекцій про здоровий спосіб життя тощо.

Розвиваючий підхід презентується інтерактивними лекціями, дискусіями та рольовими іграми. Він спрямований на підвищення самооцінки учнів та показує непогані результати впливу на їхню поведінку.

Соціально-нормативний підхід заохочує молодь до участі в громадських проектах, професійному навчанні та розважальних заходах. Він має на меті запобігти соціальній ізоляції підлітків, підвищити їхню самооцінку та на практиці виявляється досить успішним.

Соціально підсилюючий підхід впроваджується за допомогою програм так званого «соціального тиску»: дискусії, моделювання поведінки, проблемні рольові ігри. Такі програми покликані розвинути у підлітків навички протистояння негативному впливу оточуючих, а також зосередити увагу на всіх негативних наслідках куріння (Фронощук М. 2012).

Загальні етапи діяльності щодо профілактики залежностей неповнолітніх:

Діагностичний, що включає діагностику особистісних особливостей, які можуть вплинути на формування адиктивної поведінки (підвищена тривожність, низька стресостійкість, нестійка Я-концепція, низький рівень інтернальності, нездатність до емпатії, некомунікабельність, підвищений егоцентризм, низьке сприйняття соціальної підтримки, стратегія уникнення при подоланні стресових ситуацій, спрямованість на пошук відчуттів та ін.), а також отримання інформації про становище дитини в сім’ї, про характер сімейних взаємостосунків, про склад сім’ї, про захоплення і здібності дитини, про її друзів та інші можливі референтні групи.

Інформаційно-просвітницький етап, що є розширенням компетенції підлітка в таких важливих сферах, як психосексуальний розвиток, культура міжособистісних відносин, технологія спілкування, способи подолання стресових ситуацій, конфліктологія і власне проблеми адиктивної поведінки з розглядом основних адиктивних механізмів, видів адиктивної реалізації, динаміки розвитку адиктивного процесу і наслідків.

Тренінги особистісного зростання з елементами корекції окремих особистісних особливостей і форм поведінки, що включають формування і розвиток навичок роботи над собою (Леонова Л. Г., Бочкарѐва Н. Л. 1998).

Поняття адиктивної (залежної) поведінки у психології не є визначеним до кінця, існують різні підходи до його розуміння. За останні роки наукові уявлення про адиктивну поведінку значно змінилися та розширилися.

На сьогодні під адиктивною поведінкою розуміють особливу форму деструктивної (девіантної поведінки), що виражається у втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психофізичного стану за допомогою певного об’єкта (речовини чи виду діяльності (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитрієва). Таким чином, адиктивна поведінка є тісно пов’язаною з явищем психологічної та фізичної залежності особистості.

Психологічну залежність можна розглядати як постійну, нав’язливу потребу в зміні свого стану за допомогою певного об’єкта та переживання емоційного дискомфорту за його відсутності.

Фізична залежність виникає в особистості внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і виявляється у стані фізичного дискомфорту при її відсутності в організмі (абстинентний синдром).

У даному випадку, за наявності фізичної залежності, вживання психотропних речовин стає захворюванням (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія тощо).

Даючи загальну характеристику адиктивної поведінки, важливо виокремити та проаналізувати види й форми адикцій. Вони виділяються відповідно до об’єктів, які використовуються. Ними можуть бути:

❖ психотропні (психоактивні, хімічні) речовини – хімічна залежність;

❖ їжа – харчова залежність: анорексія та булімія;

❖ азартні та комп’ютерні ігри – ігрова залежність, гемблінг;

❖ робота – трудоголізм;

❖ діяльність чи проведення часу в мережі Internet, на веб-сайтах –

Internet-залежність, залежність від соцмереж;

❖ секс – сексуальна залежність;

❖ релігія та релігійні культи – релігійна залежність, фанатизм;

❖ інша людина, відносини – співзалежність, любовна адикція тощо. На думку О.Є.Змановської, різні форми залежної поведінки мають

тенденцію до поєднання чи переходу одна в одну, що доводить спільність механізмів їх функціонування13. Наприклад, звільнившись від однієї залежності, наприклад, у результаті лікування чи реабілітації, людина

13 Змановская Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. завед. М.: Изд. центр «Академия», 2003. С.119-120.

може знайти інші об’єкти адикції: у курців може виникнути булімія, у колишніх наркоманів – трудоголізм, ігрова залежність тощо.

Однією з характерних ознак адиктивної / залежної поведінки є її циклічність14 – постійна зміна фаз, до яких входять:

 Наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки. Це може бути інтерес до об’єкта чи бажання його спробувати.

 Посилення бажання й напруги – стан, коли людина дуже хоче отримати об’єкт якомога швидше. Це може відбуватися, коли вже сформована психологічна залежність від об’єкта.

 Очікування та активний пошук об’єкта адикції.

 Отримання об’єкта й досягнення специфічних переживань.

 Розслаблення.

 Фаза ремісії (відносного спокою).

Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою та різною тривалістю й вираженістю.

В аналізі даної теми провідними є чинники адиктивної поведінки, фактори, що її зумовлюють, а також її мотиваційні детермінанти.

Основними чинниками залежної поведінки є:

 біологічні, до яких відносять спадковість, захворювання центральної нервової системи, кори великих півкуль головного мозку тощо;

 соціальні – чинники макро- і мікросередовища: вплив сім’ї, найближчого соціального оточення людини, традиції в суспільстві, культура, вплив засобів масової комунікації та ін.;

 психологічні – внутрішні конфлікти, невротичні тенденції, труднощі в комунікації та міжособистісній взаємодії, особливості Я- концепції, самооцінки, переживання стресів, травм тощо.

Підлітки входять у “групу підвищеного ризику»» формуванння адиктивної поведінки.

Крім загальної характеристики залежностей, необхідно здійснювати аналіз кожного виду названих адикцій за наступним планом:

● визначення конкретного виду залежної поведінки;

● психологічні ознаки даного виду адикції;

● причини та мотиви;

● особливості й механізми його виникнення та розвитку;

● прояв у різних вікових групах;

● психологічна характеристика особистості адикта;

14 Там же. С 121.

● основні підходи до профілактики і корекції даного виду адиктивної поведінки.

Хімічна залежність як вид адикції відрізняється від усіх інших наявністю у людини стійкого фізичного потягу до психотропної речовини, від якого надзвичайно важко позбавитися самотужки. Психоактивні речовини вплітаються в обмін речовин в організмі, внаслідок чого виникає абстинентний синдром, або синдром відміни у разі відсутності цієї речовини в організмі.

Залежні від алкоголю переживають абстинентний синдром як похмілля; особи, залежні від наркотичних і токсичних речовин – як ломку, тобто фізичний біль та симптоми соматичних захворювань, які одразу ж зникають після вживання людиною психотропної речовини, від якої сформувалася залежність. Поруч із цим залежна особа відчуває психо- емоційний дискомфорт і страждання в разі відсутності в організмі речовини-об’єкту адикції. Це може виражатися в тривожності, дратівливості, агресії у ставленні адикта до світу, в його конфліктності, емоційній неврівноваженості, депресивних проявах, замкнутості й відсутності бажання вступати у взаємодію з іншими людьми. Наслідком цього найчастіше є розрив соціальних відносин, ізоляція адикта, зміна його кола спілкування тільки до осіб з такою ж залежністю.

Психологічна допомога таким особам передбачає тісну взаємодію психолога з лікарями: наркологом, психіатром, терапевтом та ін., інакше робота психолога може виявитися неефективною через ризик рецидиву.

Поведінкова залежність (нехімічна залежність) – адикція, в якій об'єктом залежності стає будь-який поведінковий патерн, а не психоактивна речовина ( за О.Ю.Єгоровим]24.

Характерними для цього виду адикцій залишаються такі універсальні ознаки як:

 «надцінність» об’єкту,

 синдром відміни,

 зміна настрою у зв’язку з об’єктом чи його відсутністю,

 зростання толерантності до об’єкту адикції,

 міжособистісні і внутрішньоособистісні конфлікти,

 часті рецидиви.

Поведінкові й хімічні залежності схожі між собою особливостями розвитку, феноменологією та несприятливими наслідками. Люди з поведінковою залежністю так само, як і хімічно узалежнені, описують свій стан як потяг до певної поведінки, що знижує тривожність, покращує настрій, викликає відчуття полегшення. Можливим є і зниження цих позитивних ефектів при повторенні поведінки, що зумовлює необхідність збільшення її інтенсивності. При утриманні від такої поведінки (об’єкту залежності) може виникати дисфоричний стан, відчуття напруги та фрустрації, однак фізіологічно виражені або серйозні з медичного погляду абстинентні стани при поведінкових залежностях, як правило, не виникають.

За Ц. П. Короленко до поведінкових адикцій належать:

• патологічний потяг до азартних ігор;

• еротичні адикції: любовна адикція, сексуальна адикція, любовно- сексуальна адикція);

• «соціально прийнятні» адикції: трудоголізм, спортивна адикція, шопоголізм, адикція до модифікації власного тіла, релігійна адикція;

24Егоров А.Ю.Нехимические аддикции. Речь 2007.190с

• технологічні адикції (інтернет-залежність, адикція до мобільних телефонів, гаджетів, інші технологічні адикції);

• харчові адикції (переїдання, голодування).

Описано також і ряд інших нехімічних адикцій. Наприклад, різноманітні комп'ютерні залежності або інтернет-залежності (А.В.Гоголєва, А. Е. Войскунський, К. Янг), адикція вправ (спортивна).

Крім того, нехімічні адикції часто поєднуються з іншими психічними патологіями: афективними розладами, обсесивно-компульсивними розладами, розладами особистості, неврозами і хімічними залежностями [Менделевич В.Д.]25

В основі виникнення цього виду адикцій можна виокремити як біологічні, психологічні, так і соціальні причини. Дослідники вказують також на можливі спадкові фактори, але основним залишається фактор середовища.

Гемблінг

Особливу увагу дослідників, у зв’язку з поширеністю та соціальним наслідками, викликає залежність від азартних ігор (гемблінг, лудоманія). Характерними ознаками цієї залежності (Ц.П. Короленко, Н.В.Дмитриева)26] є:

• постійна залученість, збільшення часу, проведеного в ситуації гри;

• зміна кола інтересів, витіснення колишніх мотивацій ігровою;

• постійні думки про гру,

• переважання в уяві ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями;

• «втрата контролю», що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів;

• стан психологічного дискомфорту, роздратування, занепокоєння, що розвивається через порівняно короткі проміжки часу після участі в грі разом з сильним бажанням знову приступити до неї;

• поступове збільшення частоти участі в грі, прагнення зростання ризику;

• періодичний стан напруги, що супроводжуються ігровим «драйвом» і прагненням знайти можливість участі в азартній грі;

• зниження здатності чинити опір спокусі.

Характерною психологічною особливістю проблемних гемблерів є втрата контролю за власною поведінкою. Пристрасть до азартних ігор частіше спостерігається у чоловіків, але у жінок ця адикція має тяжчі форми та важче піддається психотерапії. Досить часто гемблінг поєднується з зловживанням алкоголем й іншими ПАР. Типовими для

гравців є труднощі міжособистісних відносин, часті розлучення, порушення трудової дисципліни, часта зміна роботи.

Факторами ризику гемблінгу є соціальні передумови: неправильне виховання в сім'ї, позитивне ставлення до гри в ній та участь в дітей в азартних іграх дорослих та прагнення до них, надмірна увага до матеріальних цінностей і фінансових можливостей інших людей, заздрість до багатших, переконання в тому, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей (Ц.П. Короленко, Н.В.Дмитриева)27 Перешкоджають виникненню гембілнгу такі особливості виховання у сім’ї як уміння зберігати гроші, складати бюджет/

Поведінка проблемних гемблерів описується як ігровий цикл, що включає ряд фаз: фаза стриманості, «автоматичних фантазій», фаза наростання емоційної напруги, фаза прийняття рішення грати, витіснення прийнятого рішення. Після реалізації останньої починається фаза стриманості, що запускає новий цикл.

Ефективними психологічними засобами допомоги адиктам є програми КПТ (когнітивно-поведінкової терапії) і 12 кроків.

Комп’ютерна та Internet-залежність

Явище комп’ютерної залежності інтенсивно вивчається пара- лельно до збільшення кількості користувачів комп’ютерів. Різні аспекти цього виду залежності досліджували: А. Войскунський, М. Шоттон, Д. Грінфілд, Дж. Грохот, Р. Девіс, Дж. Сулер, К. Янг , А. Асмолов, В. Бурова та інші.

Існують різні авторські визначення поняття «Інтернет-залежність»: комп’ютерна адикція, кіберадикція, нетаголізм, віртуальна адикція тощо, але загалом вона включає:

1) залежність від комп’ютера;

2) залежність від Інтернету;

3) залежність від віртуального спілкування.

Це форма деструктивної поведінки, що виражається у прагненні втекти від реальності і штучно змінити свій психічний стан шляхом фіксації уваги на Інтернет-ресурсах. А. Голберг, який ввів термін «Інтернет- залежність», описав цей вид залежності як нездоланний потяг до використання Інтернету. В його основі поведінка зі зниженим рівнем самоконтролю, що загрожує витіснити і замінити реальне життя людини на віртуальне. К. Янг, виділила основних п’ять типів Інтернет-залежності:

 пристрасть до віртуального спілкування та віртуальних знайомств;

 нав’язлива «фінансова» потреба у мережі (участь в онлайнових іграх, постійні покупки чи участь в Інтернет-аукціонах);

 інформаційне перевантаження (нав’язливий web-серфінг);

 ігрова залежність;

 кіберсексуальна залежність.

Відповідно до гіпотези Griffiths розвиток комп'ютерної залежності може бути обумовлений різними факторами: процесом друкування, середовищем комунікації, відсутністю міжособистісного спілкування, надмірним інтересом до порнографічних сайтів, соціальною активністю в мережі (чати, комп'ютерні ігри). Загалом, комп’ютеризація може викликати як позитивні, так і негативні ефекти. Наприклад, розвиток логічного, прогностичного, оперативного мислення, підвищення самооцінки, формування позитивних рис (ділова активність, акуратність, впевненість у собі) та інше. Однак надмірне психічне залучення породжує залежну поведінку, деформацію особистісної структури, деструктивні форми поведінки.

Одним із наслідків інтенсивної взаємодії людини та комп’ютера може бути виникнення кіберкультури (Л.М. Юр’єва, Т.Ю. Больбот)28. Віртуальні комп’ютерні технології можуть стати джерелом особливого

«віртуального стану». Віртуальна реальність, незалежно від її природи (фізичної, психологічної, соціальної, технічної), має специфічні властивості: породженіть, актуальність, автономність, гіперактивність, що робить її адиктивним агентом.

Інтернет стає привабливим засобом уникнення реальності завдяки таким властивостям віртуалу (Н.А Носов)29: незвикання, спонтанність, фрагментарність, об’єктивованість, зміна статусу тілесності, зміна статусу свідомості, зміна статусу особистості, зміна статусу волі.

Мережа дозволяє створити нові образи Я, варіанти самопрезентації, втілити уявлення і фантазії. Таким чином Інтернет своєрідно змінює спілкування. Наприклад, не такими важливими стають невербальні засоби спілкування, зменшуються бар’єри, з’являється більше свободи. Користувачі також можуть переживати привабливий

«ефект дрейфу цілі» та «ефект азарту».

Особливості Інтернету, такі як анонімність, доступність, невидимість, множинність, безпека, простота використання, роблять його привабливим для формування ідентичності, але сформована на такій основі особистість може бути адиктивною. Однак це досить неоднозначний висновок, що вимагає додаткового вивчення.

Наукові дослідженні фіксують розповсюдження ще одного виду залежності – гейм-залежності (від англ. game – гра). Йдеться про залежність від комп’ютерних ігор. Сучасні комп’ютерні ігри дозволяють віртуально реалізувати значну частину потреб людини. Потреба втечі від реальності і потреба прийняття ролі можуть стати механізмом формування залежності. Тоді гра починає компенсувати життєві проблеми особистості, які вона починає реалізовувати в ігровому світі, а не в

28 Юрьева Л.Н, Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. 196 с.

реальності. Це призводить до серйозних проблем розвитку особистості, формування самооцінки, самосвідомості, морально етичним проблемам (Л.М. Юр’єва, Т.Ю. Больбот).

Харчові адикції

Питання розладів харчової поведінки та психологічні особливості харчових адикцій досліджуються, як у теоретичній, так і в практичній психології та психотерапії. Кількість харчових розладів зростає, особливо серед підлітків та молоді, що часто призводить до серйозних хвороб і навіть летальних випадків.

Психологічні аспекти харчової поведінки, її розладів та порушень розглядалися у працях Х.Е.Долл, Г.Ш.Ашурова, А.А.Марков, Дж.Терренс Уілсон, Кетлін М.Пайк, І.І.Федорова; Н.Ю.Красноперова, В.Д.Менде- леєвич, І.Г.Малкіна-Пих, Ю.Л.Савчикова, С.Дж.Фрайберн, В.Я.Семке, Т.Г.Вознесенська, А.В.Вахмістров, П.Норман, Б.А.Девіс та інші.

Термін «харчова поведінка» описує сукупність дій, здійснюваних людиною в процесі харчування, якісні й кількісні характеристики споживчого харчового раціону. Харчова поведінка обов’язково включає в себе зовнішній об’єктивний прояв голоду, що виражається в пошуку й прийманні їжі. Вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду, який може бути пояснений фізіологічними причинами, проте поняття «апетит» це скоріше емоційне спонукання до приймання конкретної їжі.

Важливими психологічними аспектами харчової поведінки є:

 ціннісне ставлення до їжі,

 стереотипи харчування,

 орієнтованість на образ власного тіла та діяльність щодо формування цього образу (П.Д.Менделевич)30.

Харчова поведінка задовольняє не тільки біологічні та фізіологічні, а й психологічні, соціальні потреби. Наприклад, підтримка гомеостазу, релаксація, отримання задоволення, комунікація, самоствердження, пізнання, підтримка ритуалу або звички, нагорода та задоволення естетичної потреби (І. Г. Малкіна-Пих).

Особливості харчової поведінки впливають на формування фізичної складової Я-концепції (Я-фізичне), а також на когнітивний та емоційний розвиток особистості.

Адекватна харчова поведінка характеризується відповідністю споживання харчових речовин складу, кількості, форми, способу вживання й приготування харчовим потребам організму в поживних речовинах та енергії, залежно від стану ферментних систем, енерговитрат, біоритмів, особливостей харчової мотивації, підвищення рухової активності (А.В.Вахмистров).

Порушення харчової поведінки – є результатом комплексу психологічних та фізіологічних факторів. Розлади харчової поведінки прийнято розглядати як серйозну проблему, загрозу для здоров’я індивіда. Серед розладів харчової поведінки відомі нервова (психічна) булімія та нервова анорексія.

Нервова булімія характеризується повторюваними приступами переїдання й надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, навіть шляхом використанню таких крайніх заходів як викликання блювоти, прийняття проносного, щоб позбутися з’їденого. Характерними для нервової булімії є:

 переїдання (безконтрольне вживання їжі у великій кількості);

 регулярне застосування методів очищення шлунково-кишкового тракту;

 строга дієта;

 виснажливі фізичні вправи;

 надмірна залежність самооцінки від фігури та маси тіла. Іноді причиною булімії є зменшення почуття насичення.

Нервова анорексія – це розлад харчової поведінки, що характеризується зниженням апетиту аж до його повної втрати. Її причинами є діяльність харчового центру й травної системи, ендокринні, нейрогенні й психогенні розлади, інтоксикації. Характерними ознаками нервової анорексії є:

 аномально низька маса тіла;

 аменорея (порушення менструального циклу в жінок);

 порушення сприйняття власної маси тіла та власної фігури;

 розлади апетиту (прагнення вживати неїстівні речовини);

 сітофобія (страх вживання їжі, що спостерігається переважно при неврозах та психопатіях);

 орторексія (надмірна турбота про якість здорового харчування).

Отже, порушення харчової поведінки становлять комплекс симптомів, що виникають внаслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів.

Якщо розлади харчової поведінки – це відхилення у вживанні їжі, що призводять до фізичного та психологічного нездоров’я і є комплексною медико-психологічною проблемою, то порушення харчової поведінки це відхилення у вживанні їжі, які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини, але не є хворобою. Наприклад, це екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки та у деяких випадках і компульсивне переїдання. З погляду адиктології описані розлади та порушення є залежністю, оскільки людина не може самостійно відмовитися від цих поведінкових паттернів, навіть у разі загрози для життя і здоров’я. Найбільш схильними до харчових адикцій є жінки, дівчата підлітки віком від 12-13 до 25-30 років або особи із психічними розладами, де харчові порушення є супутніми симптомами.

Серед психологічних факторів, які впливають на виникнення порушень харчової поведінки, найважливішими є:

 порушення Я-концепції, низька самооцінка, неадекватне сприйняття себе, неконгруентність (К.Роджерс);

 почуття відсутності або недостатності контролю над власним життям;

 депресія, страхи;

 переважання гніву, самотності, інших негативних емоцій;

 конфліктні відносини в родині;

 прагнення відповідати соціальним стандартам краси, насмішки з боку оточуючих приводу фігури чи ваги;

 труднощі у вираженні емоцій та почуттів, емоційна замкненість, алекситимія;

 незадоволеність власним життям, собою, відсутність самоприйняття.

Психологічна допомога особам з харчовою залежністю передбачає роботу з Я-образом, Я-концепцією та прийняттям себе і свого тіла. Робота психолога може включати також сімейне консультування, оскільки відносини в сім’ї та сімейне виховання є важливими чинниками виникнення цієї залежності. Ефективною є групова психотерапевтична робота (Л.Бінсвангер, І.Ялом та ін.).

Релігійна залежність

Проблема релігійної залежності актуальна у зв’язку з поширенням діяльності різних релігійних організацій, у тому числі і сект, адже сильну психологічну залежність людей одне від одного можна легко використати не тільки в конструктивних цілях. Суть релігійної залежності полягає в домінуванні релігійної практики як центральної стосовно інших аспектів життя. В такому разі будь-які відносини встановлюються через релігію. Залежність від релігійної практики та її адептів заперечує особисту потребу віри в Бога. Релігія отримує всю повноту влади над залежними.

П. Бут, П. Вандерхайден, Ц.П. Короленко, Н.В.Бондарєв та ін. пропонують перелік симптомів релігійної адикції:

• нездатність думати, сумніватися і ставити питання з приводу релігійної інформації;

• віра, заснована на соромі;

• магічна переконаність, що Бог все зробить для тебе без твоєї активної участі;

• безкомпромісні судження: готовність всюди (особливо за межами даної релігійної формації) знаходити недоліки і зло;

• компульсивні або нав'язливі прагнення до релігійних ритуалів; ригідне дотримання правил та положень;

• нереалістичні фінансові пожертвування;

• конфлікт і суперечки з наукою, медициною і освітою;

• прогресуюча відмова від реальної роботи, ізоляція, розрив колишніх відносин;

• маніпулювання цитатами або текстами, відчуття обраності,

• трансоподібний стан, щасливий (або суперодухотворений) вираз обличчя;

• відчуття правоти і переваги над рештою людства, категоричність суджень – т.зв. чорно-біле мислення;

• розчарування, сумніви, психічна, фізична й емоційна криза.

Релігійну залежність, можна розглядати як один із способів втечі від тривоги, відповідальності, необхідності вирішувати свої особистісні та духовні проблеми.

Одним із аспектів дослідження проблеми релігійної залежності є вивчення культів, культових організацій. Культи – це групи, які систематично підривають свободу вибору своїх членів і змушують їх вступати в залежні відносини з групою або її лідером у відриві від їх попереднього соціального контексту (Є.М. Волков)31.

С.Хассен виділяє чотири основних типи культів:

• релігійні (духовні),

• політичні,

• групи масової психотерапії,

• комерційні групи.

Хоча філософські орієнтації різних деструктивних культів можуть істотно відрізнятися, але методи їх дії схожі. Неортодоксальні вірування та практики не є основною ознакою культу. Основна відмінність – використання обману і методів контролю свідомості з метою позбавлення свободи волі та досягнення залежності від лідера культу.

Основними ознаками культів С.Хассен вважає контроль свідомості та поведінки, маніпулювання, зловживання владою, що, в свою чергу пов'язане з створенням культової особистості32. У консультуванні жертв контролю свідомості (Є.М. Волков) важливе значення має роз’яснення соціально-психологічних механізмів, що використовувалися маніпуляторами для встановлення контролю та залежності. У процесі консультування про вихід з культу (реформування мислення) обов’язково клієнту пред’являються наукові моделі контролю свідомості і психологічного маніпулювання. Наприклад, такі, як моделі Дж. Ліфтона

«Вісім факторів» та «подвоєння особистості».

Напрями профілактичної діяльності щодо подолання делінквентних проявів у поведінці неповнолітніх:

Перший напрям – організація соціального середовища.

Організація у школі виступів молодіжних кумирів, демонстрація спеціально підібраних кінофільмів.

Робота в місцях, де діти проводять своє дозвілля і спілкуються. Наприклад, на дискотеці можуть з’явитися загадкові люди в масках. У кінці вечора підлітки можуть дізнатися від них про трагічні долі та переживання, пов’язані із залученням близької людини до протиправної діяльності.

Робота з батьками, чиї діти мають прояви делінквентної поведінки, наприклад: бесіда «Вони – підлітки», семінар-практикум «Я висловлююсь так!»; рекомендації батькам щодо виправлення поведінки дітей, які схильні до правопорушень.

Надання рекомендацій учасникам педагогічного процесу щодо підвищення самооцінки дітей, які мають прояви делінквентної поведінки; поліпшення їх поведінки.

Другий напрям – інформування. Може проводитися у формі лекцій, бесід, розповсюдження спеціальної літератури чи відео і телефільмів про права і обов’язки людей. Наприклад, бесіда на тему «Злочин і покарання», дискусія на тему «Що важливіше – права чи обов’язки», акція на тему «Дисципліна – на сто відсотків», конкурс малюнків на тему «Я і закон» та ін.

Третій напрям – активне навчання соціально-важливих умінь і навичок.

Тренінг резистентності (стійкості) до негативного соціального впливу.

Тренінг асертивності або афективно-ціннісного навчання, заснований на уявленні, що делінквентна поведінка безпосередньо пов’язана з емоційними порушеннями.

Тренінг формування життєвих навичок.

Четвертий напрям – організація діяльності, альтернативної делінквентній поведінці. Ця форма роботи пов’язана з уявленнями про замісний ефект девіантної поведінки. Альтернативними формами активності визнані: подорожі, випробування себе (походи, спорт із ризиком), значуще спілкування, творчість, позитивна діяльність (у тому числі професійна, релігійно-духовна, благодійна). Можливе залучення дітей у гуртки гри на музичних інструментах, фотогурток, спортивний гурток з волейболу та футболу; похід до лісу для участі в спортивних змаганнях; бесіди на тему: «Я і мій вільний час», «Моє хобі», «Я

полюбляю...», «Коли я вдома»; залучення дітей до благодійного проекту «Добрі справи» та інші.

П’ятий напрям – організація здорового способу життя: здорове харчування, налагодження режиму праці та відпочинку, фізичні навантаження (зарядка, фізхвилинки, ЛФК), виключення надмірностей. Реалізації цього напрямку сприяє також проведення таких заходів: бесіди на тему «Вплив алкоголю на здоров’я людини», «Шкідливі звички», «Здорове харчування – це як?», «Вітаміни у нашому житті»; дискусія на тему «Здоровий спосіб життя знову в моді»; брейн-ринг «Право та здоровий спосіб життя» та інші.

Шостий напрям – активізація особистісних ресурсів. В рамках реалізації цього напрямку доцільно провести арттренінг (театральні вправи «Я – актор»,

«Наше кіно»; пантоміма «Вгадай»; дихальний комплекс і техніки на розслаблення; танцювальні імпровізації «Танцюють Всі» та інші).

Сьомий напрям – мінімізація негативних наслідків делінквентної поведінки. Дана форма роботи використовується у випадках вже сформованої поведінки. Вона спрямована на профілактику рецидивів або їх негативних наслідків.

При організації практичної роботи доцільно спиратися на матеріали Н. М. Апетик (2002), Ю. А. Луценко та О. П. Шиян (2009), Н. М. Сиско (2014) та ін.

Допомога при суїциді. Специфіка організації роботи з особами, схильними до суїциду, полягає в проведенні заходів, які сприяють зміні соціальної ізоляції клієнтів і зменшенню суїцидальних тенденцій.

Підходи до профілактики суїцидів:

інформаційний – ґрунтується на тому, що одним із головних напрямів роботи повинне стати інформування людей про способи вирішення проблем, виходу з депресій, скрутних станів;

соціально-профілактичний – як основну мету розглядає виявлення, усунення і нейтралізацію причин і умов, що викликають суїцидальні думки та наміри, серед них відновлення самого соціального середовища і умов життєдіяльності особистості, які могли призвести до психологічних ускладнень, суїцидальних думок або намірів;

медико-біологічний – його суть полягає в попередженні можливих відхилень від соціальних норм цілеспрямованими заходами лікувально- профілактичного характеру щодо осіб, які страждають різними психічними відхиленнями;

соціально-педагогічний – полягає у проведенні заходів виховного характеру, спрямованих на формування особистісних якостей, значущих для життєдіяльності суїцидента, особливо етичних і вольових, а також його активної життєвої позиції, що сприятиме інтеграції в суспільство (Павленок П. Д., Руднева М. Я. 2007).

Напрями роботи педагогічного колективу щодо профілактики суїцидальної поведінки підлітків:

а) Забезпечення соціально-правового захисту всіх суб’єктів освітнього процесу (вчителів, учнів та їх батьків).

б) Навчання підлітків соціально важливим навичкам: навички прийняття рішення, уміння протистояти негативним впливам із сторони, навички саморегуляції, формування комунікативної компетентності.

в) Формування у підлітків культури здорового і безпечного способу життя (профілактика девіантної поведінки).

г) Формування ціннісно-смислової життєстверджуючої позиції у підлітків через залучення підлітків в соціально-значущі види діяльності: організація шкільного самоврядування, формування установок на самореалізацію в різних сферах життєдіяльності (волонтерська діяльність, культура, спорт, мистецтво, наука і ін.).

д) Робота з батьками, сім’єю: формування у батьків і дітей навичок спільної діяльності та спілкування, інформування батьків про особливості суїцидальної поведінки у підлітків, про поведінкові ознаки, які можуть свідчити про приховані проблеми дитини; ознайомлення батьків з тими формами сімейних відносин, які приводять до негативних наслідків.

е) Виявлення підлітків «групи ризику» з порушеними внутрішньосімейними, внутрішньошкільними або внутрішньогруповими взаємостосунками і робота щодо їх реабілітації спільно із соціальним педагогом і психологом.

ж) Взаємодія з учнями в мережі Інтернет за допомогою соціальних мереж (ВКонтакте, Однокласники, Facebook). Аналізуючи інтерфейс сторінки учня, класний керівник може отримати додаткову інформацію про психологічну складову його особистості, інтереси, особливості спілкування з іншими користувачами соціальної мережі, теми, що цікавлять, і т.д.

з) Налагодження зв’язків з різними організаціями, що займаються кризовими станами (соціальними центрами і службами, молодіжними клубами тощо), повідомлення учнів про Телефони довіри (Югова Н. Л., Касимова А. Р. 2014).

Програма психолого-педагогічної корекції агресивності будується за принципом системності та містить декілька блоків: діагностичний, коректувальний, перевірки ефективності коректувальної дії, рекомендації батькам, вчителям, підліткам. Кожний блок складається з декількох взаємозв’язаних компонентів (Долгова В. И., Капитанец Е. Г. 2010).

В діагностичний блок можна включити три методики, на основі яких відбудеться комплектування груп. Методика А. Басса і А. Дарки, яка спрямована на визначення рівня агресивності підлітків. Методика Р. Айзенка, що дозволяє достатньо точно виявити індивідуальні особливості, які схиляють

до агресивності підлітків. Проективна методика «Малюнок неіснуючої тварини», спрямована на виявлення неусвідомлюваних і прихованих сторін особистості, у тому числі схильність до агресії.

За наслідками діагностики формується група з високим і низьким рівнем агресивної поведінки. Оптимальна чисельність групи від 7 до 12 осіб.

Коректувальний блок має на меті:

дати підлітку можливість усвідомити неконструктивність його агресивної поведінки;

навчити підлітка розуміти переживання, стани й інтереси інших людей;

виробити вміння виражати агресію в прийнятних формах;

сформувати навички конструктивного вирішення міжособистісних конфліктів.

Методи корекції агресивної поведінки старших підлітків:

Щоб отримати первинне уявлення про обмеження, ускладнення і проблеми підлітків, можливе обговорення трьох основних питань: Що не подобається і що подобається в житті? Що не подобається і що подобається удома? Що не подобається і що подобається в школі?

Групова дискусія будується шляхом обговорення учасниками визначених тем або позицій, розгляд їх з різних точок зору.

Аналіз ситуацій, пропонованих в ігровій формі та моделюючих те, що відбувається в житті підлітків. Дозволяє підліткам проаналізувати свою поведінку, виходячи із програних ситуацій, думок, поведінки інших учасників.

Ігри, спрямовані на конструктивний вираз негативних емоцій, на розвиток чутливості до переживань інших дітей тощо («Асоціація», «Зобрази проблему», «Зобрази емоцію», «Штовхалки», «Камінець у черевиці» та ін.).

Робота в парах, трійках, мікрогрупах для відпрацювання умінь вести діалог («Співрозмовники», «Обмін»), організовувати конструктивну вербальну взаємодію («Стратегія діалогу», «Конкурс ораторів», «Маска»), ефективно взаємодіяти у ситуації конфлікту («Конфлікт у транспорті», «Емоційна доріжка», «Добудовування» конфлікту», «Ікс та ігрек», «Переговори»).

Тренінгові заняття тривають упродовж 1-1,5 години і включають 10 занять, частота зустрічей – три рази на тиждень.

В блок перевірки ефективності коректувальної дії входять такі компоненти: повторна діагностика, результативність коректувальних занять, внутрішні й зовнішні замовники, зацікавлені в отриманих результатах, у продовженні роботи щодо даної проблеми.

В четвертий блок входять конкретні рекомендації батькам, вчителям і підліткам, які сприяють більш повній реалізації психолого-педагогічної корекції агресивної поведінки підлітків.

Рекомендації педагогу:

Залучити підлітків до соціально визнаної та соціально схвалюваної діяльності (трудова, спортивна, художня, організаторська діяльності).

Доцільно організовувати, підрозділяючи підлітків на невеликі групи по 25-30 чоловік. Підліток, таким чином, навчиться поводитися в групі однолітків, висувати групове рішення, погоджувати думки «мирним шляхом» (обговорення глобальних проблем у суспільстві, змагання й олімпіади).

Участь педагогів у повсякденних побутових справах підлітків. Це зміцнює якісно нове ставлення підлітка до самого себе і до оточуючих (туристичні походи, збір урожаю, генеральні прибирання школи, суботники).

Проведення педагогами різних культурно-просвітницьких і виховних заходів актуальних для підлітків (ігри – змагання, заходи – «Любов з першого погляду», «Шкільний конкурс краси», «Ювілей школи»).

Індивідуальна бесіда з підлітком, тривалість якої повинна складати 30 хвилин з дітьми до 12 років, і не більше години із старшими підлітками. З’ясування особистісних та сімейних причин агресивності.

Творче самовираження – малювання, конструювання, заняття музикою та іншими видами творчої діяльності (Долгова В. И., Капитанец Е. Г. 2010).

Рекомендації батькам:

спокійне ставлення у разі незначної агресії;

встановлення з дитиною зворотного зв’язку. Для цього використовуються наступні прийоми: констатація факту («Ти поводишся агресивно»); констатуюче питання («Ти злишся?»); розкриття мотивів агресивної поведінки («Ти хочеш продемонструвати силу?», «Ти хочеш мене образити?»); апеляція до правил («Ми ж з тобою домовлялися!»).

контроль над власними негативними емоціями;

обговорення провини;

збереження позитивної репутації дитини в сім’ї. Для збереження позитивної репутації доцільно публічно мінімізувати вину підлітка («Ти погано почуваєшся», «Ти не хотів його образити»), але в бесіді віч-на-віч показати істину;

треба надавати можливість дитині отримати емоційну розрядку в грі, спорті і т.д. (Долгова В. И., Капитанец Е. Г. 2010).

ВАНДАЛІЗМ – безглуздо жорстоке руйнування історичних пам’ятників і культурних цінностей. Пік вандалізму припадає на 11-13 років. Вандалізм займає помітне місце в структурі кримінальної активності підлітків 13-17 років. Підлітки-вандали володіють приблизно таким же рівнем інтелекту, як і їх однолітки, проте встигають в школі набагато гірше. В деяких дослідженнях показано, що більшість «злісних вандалів» знаходиться в кризовій ситуації (Л. А. Азарова, В. А. Сятковський, 2009).

Мотиви вандальної поведінки, включаючи і створення графіті:

отримання або збереження членства в групах через здійснення дій, які зміцнюють внутрішньогрупові зв’язки;

підтримання самооцінки;

самовираження;

зміна структури влади в групі, заняття лідерської позиції;

задоволення і почуття «драйву», ризик бути спійманим за незаконні дії та покараним (Воробьева И. В., Кружкова О. В. 2014).

Види вандалізму:

Побутовий вандалізм виявляється у вигляді псування майна (отримав двійку – обписав стіни школи непристойними словами).

Епатажний вандалізм – спрямований на те, щоб підліток міг зайняти

«гідне» місце в групі.

Кримінальний вандалізм проявляється в псуванні важливих господарських об’єктів: обрізують кабелі, здають їх як кольоровий метал і одержують гроші.

Ідеологічний вандалізм – посягання підлітків на державну символіку, могили воїнів.

Терористичний вид вандалізму виявляється тоді, коли хочуть зіпсувати відносини між людьми, підірвати суспільні засади і принести шкоду якомусь народу.

Називаються й інші види вандалізму: електронно-обчислювальний, екологічний, з помсти, вандалізм футбольних або музичних фанатів (Казанская В. Г. 2011).

Напрями профілактики вандалізму в освітніх установах:

виховання поважного ставлення до культурної спадщини, продуктів людської праці та творчої діяльності;

організація дозвілля учнів, залучення їх до корисної діяльності;

усунення конфліктів учнів з батьками, вчителями, однолітками;

нейтралізація психічних відхилень, розвиток стійкості особистості, здатності до саморегуляції;

організація правової роботи щодо роз’яснення законодавства в частині вандальної злочинності (Воробьева И. В., Кружкова О. В. 2014).

БУЛІНГ1 (від англ. «bully» – хуліган, забіяка) – це агресивна поведінка, що зазвичай повторюється. Вона має за мету завдати шкоду, викликати страх або тривогу, або ж створити негативне середовище у школі для іншої особи. Більшість даних свідчить про те, що в 5-9 класах середньої школи кількість випадків булінгу сягає максимуму, а вже у старших класах – знижується (Булінг – ми всі можемо допомогти 2013).

1 Насильство в дорослих колективах переважно називають моббінгом

Характерні ознаки булінгу:

намір нашкодити (кривдник навмисно викликає емоційний або фізичний біль у потерпілого, насолоджується спостерігаючи);

дисбаланс влади (кривдник та жертва обов’язково різні за соціальним статусом, фізичною чи психологічною адаптованістю до середовища, різної статі, раси, релігії, сексуальної орієнтації тощо);

загроза подальшої агресії (кривдник і жертва розуміють, що це не перший і не останній випадок знущання) (Король А. 2009).

Механізми, які спричиняють розповсюдження шкільного булінгу:

в процес булінгу включається соціальне наслідування, тобто спостереження за проявами агресивних дій одного учня щодо іншого заохочує інших дітей до участі в подібних актах, особливо якщо хуліган є «успішним» у завоюванні жертви;

ослаблення заборон проти агресивних тенденцій, тобто коли дитина бачить, що хуліган отримує винагороду за прояв агресивної поведінки, то це зменшує її власні заборони щодо участі в агресивних атаках;

дифузія відповідальності, тобто коли кілька дітей беруть участь у залякуванні, то у кожного почуття провини та відповідальності зменшується;

повторювальність атак, тобто у результаті повторних актів знущання над одним учнем іншими учнями він починає розглядатися як такий, що заслуговує на таке ставлення (Olweus D. 2004).

Форми шкільного булінгу:

Фізичний шкільний булінг – навмисні поштовхи, удари, стусани, побої, нанесення інших тілесних ушкоджень та ін.; дії сексуального характеру.

Психологічний шкільний булінг – насильство, пов’язане з впливом на психіку, що наносить психологічну травму шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, які ведуть до емоційної дестабілізації, непевності жертви. До цієї форми відносять:

вербальний булінг, де знаряддям служить голос (образливе ім’я, з яким постійно звертаються до жертви, обзивання, дражніння, поширення образливих пліток і т.д.);

образливі жести або дії (плювки в жертву або в її напрямку тощо);

залякування (використання агресивної мови тіла та інтонацій голосу для того, щоб змусити жертву робити або не робити що-небудь);

ізоляція (жертва навмисне ізолюється, виганяється або ігнорується частиною учнів чи всім класом);

вимагання (грошей, їжі, інших речей, примус що-небудь украсти);

ушкодження й інші дії з майном (злодійство, грабіж, ховання особистих речей жертви);

кібербулінг – приниження за допомогою мобільних телефонів, Інтернету, інших електронних пристроїв (пересилання неоднозначних зображень, фото і відеоматеріалів, обзивання, поширення пліток та ін.);

насильство до учнів з боку учителів – маніпулювання, соціальна стигматизація (процес виокремлення чи таврування учнів, навішування соціальних ярликів у вигляді визначень «невиправний», «двієчник» та ін.) і постійний шум на уроці (Ожийова О. М. 2012).

Типологія кривдників (булерів):

перший тип: дитина зазвичай поводить себе в соціально прийнятний спосіб, піклується про інших, має непогані успіхи в навчанні; дражниться частіше за все, щоб справити враження на певних учнів;

другий тип: дитина приваблива, не відчуває браку матеріальних речей, має непогані оцінки, друзів, гарні лідерські якості, але знущається з інших, ніби вдягаючи маску хороброї дитини;

«статусний» тип проявляється у показовості булінгу, намаганні завжди бути на «сцені», завоювати аудиторію спостерігачів, їхні лестощі та підлабузництво;

кривдник «у повному озброєнні» має стійкі наміри чинити булінг, особливо в разі відсутності сторонніх поглядів, у той же час намагається ввести в оману, зокрема дорослих;

імпульсивно-агресивні кривдники, які мають слабкі соціальні навички, абсолютно непередбачувані, агресивні реакції навіть на слабку провокаційну поведінку, звинувачують інших, а головне, часто мають проблеми у розвитку, зокрема зі здатністю до навчання. Соціопати, неймовірно небезпечні індивіди, психічно хворі та одержимі своєю персоною, діють виключно з власних мотивів (Король А. 2009).

Типи жертв залежно від реакції на булінг:

пасивна жертва: схвильована та незахищена, реагує на знущання плачем, відступає, уникає кривдника, стає «тихою», а така її реакція фактично є винагородою для кривдника, тому цикл насильства продовжується;

«провокаційна» жертва: вона викликає роздратування, привертає увагу кривдників і однолітків, досягає певного контролю над ситуацією, реагує з проявами як агресивності, так і стурбованості, схвильованості, вона більш схильна протистояти булінгу (Король А. 2009).

Ознаки того, що діти є об’єктом булінгу:

діти можуть не хотіти йти до школи або ж плакати чи почуватися хворими у шкільні дні;

вони можуть не хотіти брати участь у спільній діяльності чи соціальних заходах з іншими учнями;

вони можуть поводитися інакше, не так, як звичайно;

вони можуть раптом почати губити гроші чи особисті речі, або ж приходити додому у порваному одязі чи з поламаними речами і при цьому дають неймовірні пояснення;

підлітки, які є жертвами булінгу і/або приставань, можуть також почати говорити про те, щоб кинути школу, і починають пропускати заходи, в яких беруть участь інші учні (Булінг – ми всі можемо допомогти 2013).

Заходи щодо профілактики булінгу в школах (на базі досвіду Великобританії та США):

проведення психодіагностичних досліджень учнів з метою моніторингу ознак, особливостей та причин булінгу як фахівцем (психологом чи соціальним педагогом), так спостереження вчителем за поведінкою учнів (можливих жертв та кривдників);

проведення навчальних тренінгів для фахівців школи з метою їх ознайомлення із сутністю проблеми та методами її вирішення;

впровадження в шкільне життя норм, що визнають булінг або інші форми насильства неприйнятними (підготовка своєрідних «шкільних кодексів» тощо);

включення питань, пов’язаних з булінгом у навчальні програми з предметів, які присвячені основам психології, соціального життя чи здоровому способу життя;

заходи, відповідно до шкільного календаря позакласних подій, спрямовані на підвищення обізнаності учнів щодо питань, пов’язаних з булінгом і попередження його випадків;

формування в учнів конструктивної поведінки щодо булінгу на їхню адресу. Діти повинні уміти і бути готовими: розказати про випадок булінгу своїм батькам або іншим дорослим, яким вони довіряють; поводитися упевнено; шукати друзів серед однолітків та однокласників; уникати ситуацій, в яких можливий булінг тощо;

формування конструктивної поведінки у глядачів – свідків булінгу. Діти повинні уміти і бути готовими: відхиляти пропозиції взяти участь у цькуванні; намагатися розрядити обстановку, коли вона загострюється і можливий булінг; голосно кричати і шукати підтримки, якщо став свідком насильства; негайно привести когось з дорослих, кому вона довіряє; підбадьорювати і підтримувати жертв, радити їм піти по допомогу до надійного дорослого;

на рівні класу впровадження норм нульової толерантності до булінгу та проведення регулярних зустрічей з учнями класу та їх батьками;

на індивідуальному рівні проведення безпосередньої роботи з учнями, які виступають у ролі жертв та агресорів, а також з їх батьками (Olweus Bullying Prevention Program 2003; Кривцова С.В. 2011; Лушпай Л. І. 2010).