

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIX

№ 4

2013

Москва-Павлодар

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

**РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»**

**Том XIX
№ 4
2013 год**

**выходит
4 раза в год**

ПСИХОТЕРАПИЯ

- Катков А.Л.*
Система общетерапевтических факторов как универсальный компонент общей теории психотерапии 5-17
- Катков А.Л.*
Принципы системной интеграции в общей теории психотерапии 18-47
- Катков А.Л.*
Базисная исследовательская программа и параметрический ряд предметного поля психотерапии 47-65
- Катков А.Л.*
Нормы и этика в профессиональной психотерапии 65-76
- Пак Т.В.*
Социальная психотерапия как инновационная форма развития психологической устойчивости у молодёжи 76-79

ПСИХИАТРИЯ

- Вейсенберг С.Д., Кусаинова М.И., Жунусова Ж.С.*
Опыт клинического применения атипичного антипсихотика Солиана в терапии острого приступа шизофрении 80-81

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

- Батхолдина Г.Е., Сергазина С.А., Семенова Н.А., Пак Т.В.*
Психология и деонтология в дерматовенерологии 82-85
- Катков А.Л.*
Дисциплинарно-коммуникативное сообщество и его функции 85-92

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

- Пак Т.В.*
Проект стандарта первичной профилактики химических и нехимических аддикций среди детей и молодёжи в системе образования 93-100
- Резюме* 101-104
- Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2013 год* 105-107

Ибо оно одно и есть наилучшее целительное средство
Из всех лекарственных средств.
Хвороба отступает перед подобным средством, смерть отступает;
Дэвы отступают, лишённый святости артемога –
Исказитель Правды – отступает;
Угнетатель мужей отступает.
Выводок змеи отступает;
Выводок волка отступает;
Выводок друджавантов отступает;
Гордыня отступает;
Презрение отступает;
Горячая лихорадка отступает;
Несогласие отступает;
Клевета отступает;
Сглаз отступает;
Все отступает перед Святым Словом.

Заратуштра Спитама (ок. 700 г. до н.э.)

Список литературы:

1. Абушенко В.Л. *Норма* / В кн. *Новейший философский словарь*. – Минск, 1999. – С. 472-473.
2. *Атхарваведа. Избранное*. – М.: Наука, 1989. – 405 с.
3. *Гиппократ. Избранные книги*. – М.: «Сварот», 1994. – 735 с.
4. *Кодекс этики и практики консультантов Британской ассоциации консультирования* // БАК. – 1991. – 85 с.
5. *Макаров В.В. Всемирная психотерапия*. – М.: ОППЛ, 2006. – 435 с.
6. *Мирский Э.М. Нормы науки* / В кн. *Энциклопедия эпистемологии и философии науки*. – М.: Канон, 2009. – С. 612-613.
7. *Притц А. Глобальная психотерапия* // *Ж. Психотерапия*. – 2004. – № 11. – С. 13-15.
8. *Севостьянова Н.Г. Этика* / В кн. *Новейший философский словарь*. – Минск, 1999. – С. 853-854.
9. *Этический кодекс европейской федерации психоаналитической психотерапии* // *ЕФПП*. – 2005. – 72 с.

УДК 159.9:61

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У МОЛОДЁЖИ

Т.В. Пак

доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., Ph.D., врач психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки, г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Социальная психотерапия – это особая развивающая практика, которая может затрагивать отдельные части общества (например, молодёжь). Способом воздействия социальной психотерапии является институциональное развитие психологических механизмов, способствующих позитивной динамике в обществе. Процесс воздействия и измерение личностных психологических свойств определённой части общества является актуальной проблемой в психотерапии.

Социальные эпидемии обусловлены масштабными социальными факторами: высокий уровень агрессивности информационной среды особенно в отношении школьников за счёт глобальных инфор-

мационных сетей Интернета; снижение уровня психического и психологического здоровья детей и молодёжи. Социальные эпидемии как неконтролируемые явления по данным статистики распространены в мире от 7% до 10% и деструктивно влияют на общественное здоровье. Данные явления социальных эпидемий, такие как, наркотизация среди подростков; вовлечение в религиозные деструктивные секты; криминальное поведение и вовлечение в криминальные сообщества молодёжи; Интернет-зависимость, игромании школьников свидетельствуют об актуальной необходимости концептуальной разработки первичной профилактики распространения социальных эпидемий.

На основании результатов научных исследований была описана концепция психологической устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды. Под психологической устойчивостью понимается толерантность к агрессивным факторам среды, развитие которой возможно за счёт психологических, психотерапевтических технологий. Уязвимой группой к агрессивным факторам внешней среды являются подростки и молодёжь.

Устойчивость к агрессивным воздействиям внешней среды определяется психологическими личностными свойствами, которые снижают и блокируют риски вовлечения в социальные эпидемии (наркотизация среди подростков; вовлечение в религиозные деструктивные секты; криминальное поведение и вовлечение в криминальные сообщества школьников; Интернет-зависимость, игромания).

В ряде проведенных научных исследований было выявлено, что:

- существуют определённые личностные психологические свойства, препятствующие вовлечению в социальные эпидемии;
- в процессе психотерапии возможно форсированное развитие данных идентифицированных личностных свойств;
- процесс активного формирования соответствующих личностных свойств в формате групповой психотерапии среди подростков с высоким риском и есть эффективная профилактика вовлечения в химические и нехимические зависимости.

Идентифицированные личностные психологические свойства, обеспечивающие устойчивость это:

- позитивный (идентификационный) жизненный сценарий;
- навык ответственного выбора;
- внутренний локус контроля;
- личностные (психологические) ресурсы, необходимые для реализации позитивного жизненного сценария;
- адекватная информированность об агрессивных агентах по отношению к позитивному жизненному сценарию.

Данные психологические свойства взаимосвязаны и взаимообусловлены. Таким образом, каждое из личностных свойств не может быть полноценно сформировано без развития других.

Исследование психологической устойчивости у молодёжи

Процесс развития психологической устойчивости к агрессивным агентам внешней среды у школьников происходит в несколько этапов:

- а) развитие первичных личностных свойств, обеспечивающих адекватное восприятие информации об агрессивных агентах внешней среды;

- б) конфликт между позитивным и деструктивным жизненными сценариями (например, деструктивный сценарий вовлечения в религиозные секты, Интернет-зависимость, наркотизацию и т.д.);
- в) снижение и блокирование мотивации к негативным жизненным сценариям;
- г) конструирование и реализация позитивного (идентификационного) жизненного сценария с адаптацией к агрессивной среде.

Формирование психологических свойств устойчивости в среднем происходит к 16-18 годам. В условиях неблагоприятных факторов риска возникает дефицит личностных свойств, что приводит к психологической неустойчивости и повышенному риску вовлечения молодёжи в социальные эпидемии.

В ходе многоуровневого исследования, проведенного Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар), в период 2001-2003 годов было выявлено, что у учащейся молодёжи за счёт активности института образования формируются позитивные цели и установки, а также другие свойства психологического здоровья – устойчивости. Эти свойства формируют уровень психологической устойчивости – с одной стороны и относительно высокий уровень социальной адаптации – с другой стороны, тем самым препятствуют вовлечению индивида в деструктивные социальные зависимости.

Данный исследовательский фрагмент ориентирует на широкий доступ к качественному образованию (среднему, средне-специальному, высшему), которое в силу своих возможностей и ресурсов участвует в профилактике распространения социальных эпидемий. Но повышение образовательных стандартов и улучшение учебных процессов не снижают распространения социальных эпидемий, напротив, наблюдается рост данных социальных агрессивных явлений.

В других исследовательских фрагментах, высокий уровень психического здоровья имел положительную взаимосвязь с высокой степенью вовлечённости в религиозное мировоззрение, в то время как высокий уровень психологического здоровья, по отношению к данному параметру имел отрицательную взаимосвязь. Для лиц с высоким уровнем психического здоровья не характерна средняя (умеренная) степень вовлечённости в религиозное мировоззрение, она свойственна лицам с высоким уровнем психологического здоровья. В группе лиц с высоким уровнем психического здоровья 8,2% респондентов имели высокий уровень психологической устойчивости, 86,4% респондентов относились к группе со средней степенью психологической устойчивости, относились к группе с низкой психологической устойчивостью 5,3% респондентов. Тогда как в группе с высоким психологическим здоровьем 50,5% респондентов обнаружили высокую

степень психической устойчивости, среднюю степень – 45,4%; низкую степень психической устойчивости – 4% респондентов.

Таким образом, интерпретация данных результатов заключается в том, что институализированные практики (среднее, средне-специальное, высшее образование), ориентированные на развитие когнитивных способностей и формирование рациональной системы координат, не способствуют доступу к другим ресурсным составляющим психики учащегося. Следовательно, такие институализированные развивающие практики, как образование не всегда способны обеспечить эффективный доступ к ресурсам подсознательного, т.е. к свойствам, обеспечивающим психологическую устойчивость к социальным эпидемиям.

Тогда возникает вопрос о возможности разработки универсальных механизмов первичной профилактики социальных эпидемий в аспекте социальной психотерапии.

Теория и практика социальной психотерапии

Одно из обязательных условий социальной психотерапии заключается в том, что специальными психотерапевтическими технологиями должна быть охвачена большая часть населения. Особенно, та часть населения, которая относится к уязвимой группе риска в отношении низкого уровня развития личностных свойств, обеспечивающих психологическую устойчивость. Такая трансляция специализированных психотерапевтических технологий возможна в институализированные практики воспитания, образования, которыми охвачена значительная часть населения.

Следовательно, необходимо интенсивное развитие психотерапевтической науки и практики, системы подготовки кадров, система психотерапевтической помощи населению, включая институт психологического консультирования.

Социальная психотерапия, которая базируется на принципах интегративно-развивающей терапии, имеет интегративный подход и выделяет технологические стратегии:

- использование техник, способствующих вхождению в психотерапевтическое пространство и установлению глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- использование техник, развивающих свойства психологического здоровья – устойчивости у индивида или группы;
- использование техник, обеспечивающих доступ к ресурсным инстанциям психического (подсознательного) и формирование ресурсных состояний индивида (или группы);
- использование техник и приемов для решения заявленных проблем.

Психотерапевтическое пространство в рамках интегративно-развивающей терапии – это феномен

эффективной психотерапевтической коммуникации, «открываемый» эффективным психотерапевтом, имеющим достаточный уровень психологического здоровья – устойчивости, профессиональной подготовки и личной терапии. Данные квалификационные характеристики необходимо транслировать в систему подготовки преподавателей, педагогов, воспитателей, как носителей специализированных технологий.

Следующая композиция социальной психотерапии – это диалогизированное сознание, т.е. феномен доступа к ресурсным инстанциям психического, обозначаемых как бессознательное. В итоге, феномен диалогизированного сознания даёт возможность использовать пластические ресурсы данного состояния с целью развития психологической устойчивости.

Для того чтобы в рамках социальной психотерапии транслировать инновационные формы первичной профилактики социальных эпидемий в широкие слои населения, необходимо обеспечить интеграцию основных технологий систем воспитания, образования, психологической и психотерапевтической помощи, т.к. глубинный уровень эффективной коммуникации в этих процессах воздействия является общим, единым.

Следовательно, при подготовке специалистов таких институализированных практик, как воспитание, образование и психологическая, психотерапевтическая помощь, специализированные технологии могут быть успешно транслированы в социальные институты с целью реализации модели социальной психотерапии.

Стратегия реализации модели социальной психотерапии как инновационной формы развития психологической устойчивости

Исследование универсальных механизмов, способствующих вовлечению определённой части населения в социальные эпидемии, открывают возможности для разработки эффективных концепций первичной профилактики. И, тем не менее, следует иметь в виду, что у определённых групп населения по-разному формируется предрасположенность к вовлечению в социальные эпидемии. И в таких случаях уместен континуальный подход к стратегии социальной психотерапии, предусматривающий дифференциальную диагностику и разные степени вовлечённости, на основе которых выстраиваются дифференциальные профилактические, психотерапевтические, лечебные и реабилитационные программы для населения:

- группы повышенного риска – лица, заключённые в уголовно-исправительные учреждения пенитенциарной системы;
- уязвимые группы риска – больные, зависимые от психоактивных веществ;
- группы риска – пациенты на этапе первичной медико-санитарной помощи, имеющие факторы предрасположенности;

-
-
- группы подростков, молодёжи, которые должны быть охвачены программами первичной профилактики;
 - группы лиц, профессионально противодействующих распространению деструктивных социальных процессов.

Для каждой из перечисленных групп интенсивность, содержание и формат соответствующих программ в модели социальной психотерапии должны быть адекватными и специфичными.

С развитием выше указанных диагностического, профилактического, психотерапевтического и реабилитационного направлений, составляющих практический интерес социальной психотерапии,

необходимо так же развитие психотерапевтической науки и организационно-прикладных технологий трансляции основных психотерапевтических воздействий и интервенций, в том числе образовательных в институализированные развивающие практики.

Успешная реализация социальной психотерапии, как инновационной формы развития психологической устойчивости у молодёжи, возможно, будет способствовать развитию общества, в том числе институтов, ответственных за индивидуальное и социальное развитие, а также блокированию распространения социальных эпидемий, куда сегодня вовлечена определенная часть населения.

Список литературы:

1. Березин М.А. Материалы IV Паназиатского конгресса. Некоторые проблемы системы образования в области психотерапии в Российской Федерации // *Ж. Психотерапия*. – 2006. – № 12. – С. 41-44.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер, 1998. – 743 с.
3. Катков А.Л. Метамодель социальной психотерапии // *Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора: Сборник статей под ред. М.М. Решетникова*. – СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2004. – С. 238-248.
4. Катков А.Л. Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения. – Павлодар, 2006. – 77 с.
5. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – 2010. – Т. 10, № 1. – С. 7-56.
6. Катков А.Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // *Сборник статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков»*. – Павлодар, 2007. – С. 172-236.
7. Катков А.Л. Социальные эпидемии современного общества и вопросы формирования психологической устойчивости населения // *Материалы международной научно-практической конференции «Психическое здоровье нации – условие стабильного развития государства»*. – Костанай, 2009. – С. 25-32.
8. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю. А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2005. – 266 с.
10. Макаров В.В. Психотерапия нового века // *Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии*. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 19-21.
11. Макаров В.В. Путь консолидации психотерапии в Российской Федерации // *Ж. Психотерапия*. – М., 2008. – № 9. – С. 9-14.
12. Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Алматы, 2006. – 29 с.
13. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Алматы, 2004. – 30 с.
14. Решетников М.М. Какой кризис мы переживаем? Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных и кризисных состояниях // *Доклад на 2-м заседании Общероссийского совета по психотерапии и консультированию*. – М., 2009. – 6 с.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

УДК 616.5

ПСИХОЛОГИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Г.Е. Батхолдина	заведующая отделением Экибастузского городского кожно-венерологического диспансера, г. Экибастуз (Павлодарская обл., Казахстан)
С.А. Сергазина	врач-дерматовенеролог Экибастузского городского кожно-венерологического диспансера, г. Экибастуз (Павлодарская обл., Казахстан)
Н.А. Семенова	доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., г. Павлодар (Казахстан)
Т.В. Пак	доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., PhD, врач-психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки, г. Павлодар (Казахстан)

Введение

Призвание врача в любую эпоху облегчать страдания больных. Успех осуществления этой гуманной миссии зависит не только от своевременной диагностики, эффективного лечения, но и от психологии взаимоотношений врача и пациента, среднего и младшего персонала медицинских учреждений, соблюдения принципов медицинской деонтологии, в том числе в дерматологии и венерологии.

Медицинская деонтология базируется на гуманности, честности, доброте и бескорыстности медицинского персонала, воспитанного на примерах врачебного долга. Так в дипломе Международного общества Красного Креста написано: «За особое человеколюбие и самопожертвование». Важной предпосылкой к этому является определение и понимание медико-биологических, социальных и психологических сторон личности больного, а также его внутреннего мира, отношения к своему здоровью и болезни. Такой психологический подход к пациентам с учётом личностной индивидуальности особенно необходим на современном этапе, когда наблюдается прогрессирующий процесс специализации, дифференциации и спецификации медицины, реально грозящий её «дегуманизацией».

Основные принципы деонтологии и психологии в дерматовенерологии

Врачи дерматологи хорошо знают, что в патогенезе большой группы дерматозов существенную, если не основную, роль играют невроты, невротоподобные состояния, приводящие к «дезорганизации» функциональной деятельности центральной нервной системы. Причины этих невротических реакций многообразны. Это проблемы в семейных отношениях, сложные ситуации в процессе деятельности, сексопатологические факторы и многое другое. Поэтому лечащий врач, кроме общей и локаль-

ной терапии, должен весьма тактично и корректно выяснить причины, которые могли привести к «сшибке» нервной деятельности у больного. Сделать это не так просто, так как многие из факторов касаются личной и интимной жизни пациента. Врач, внушающий как личность своим отношением, профессионализмом, уровнем культуры и жизненных ценностей, а также внешним обликом и манерами, может достичь доверия пациента и рассчитывать на его откровенность в частных и интимных вопросах. Учитывая личностные особенности, условия жизни и работы больного, врачу в процессе лечения необходимо использовать психотерапевтические подходы, методы и технологии, как индивидуальные, так и групповые.

В настоящее время имеет место определённый дисбаланс между высоким уровнем соматического обследования дерматологического больного и недостаточным уровнем изучения психологии его личности, духовного мира, т.е. произошёл некоторый разрыв между терапевтическим воздействием на соматику и психику больного. Подобная ситуация ухудшает течение и прогноз многих дерматозов, в особенности тех, при которых морфологические элементы проявления болезней незначительны или совсем отсутствуют, а субъективные ощущения вызывают длительные и мучительные страдания, например, кожный зуд невротического характера.

Этим возможно объяснить возникновение у ряда пациентов гипостенической формы невротения, характеризующейся снижением работоспособности, внимания, половой потенции, замедлением мыслительных процессов, а также подавленным настроением, и как следствие происходит ослабление интересов, побуждений, формируется пассивно-оборонительный тип реакций.

Клиницистами сегодня общепризнано то, что любой хронически протекающий дерматоз может являться фактором, изменяющим личность больного. Справедливо считает С.С. Либих, что создаётся

совершенно своеобразный «мир болезни» (внутренняя картина болезни), обеспечивающий определённую адаптацию больного к окружающим его условиям. Таким образом, становится актуальной необходимостью формирование альянса/контакта «пациент – врач» путём реализации принципов деонтологии. Они должны основываться на глубоком понимании психологии внутреннего мира страдающего человека: субъективных переживаний, обусловленных потерей или ограничением трудоспособности, частичным отрывом от общества, косметическими дефектами. В результате возникают тревога, страх, плохое настроение, раздражительность, т.е. формируется патологическое психо-эмоциональное состояние пациента. Далее развиваются деструктивные психологические механизмы: уход в болезнь, вторичная выгода, неконструктивные стереотипы поведения, система искаженных оценок, например, отрицательная установка по отношению к лечащему врачу, проводимому лечению.

Следовательно, психотерапия дерматологических больных должна начинаться уже при поступлении в больницу или обращении на консультативный приём. Психотерапевтическое воздействие зависит от умения медицинского персонала построить беседу с больным, повысить уровень мотивации на выздоровление, усилить веру в эффективность применяемой терапии. Так, неуместная фраза, высказывание в присутствии пациента могут привести к ухудшению течения заболевания, особенно у тревожно-мнительных больных. Слово имеет не только содержательный смысл, но и эмоциональный посыл, одно и то же слово, сказанное с разным эмоциональным оттенком, может вызвать противоположный психотерапевтический эффект.

Следует особое внимание уделить психо-эмоциональному состоянию уязвимых групп населения – это пожилые люди, дети, а также подростки, страдающие хроническими дерматозами, так как возрастные особенности имеют практическое значение при выборе психотерапевтических подходов и методов.

Развитие невротических состояний, по мнению Винецкой И.Л., у лиц пожилого возраста может быть обусловлено действием менее выраженных и менее актуальных для личности больного психогенных факторов. В пожилом возрасте под влиянием соматических факторов астенический и астеноипохондрический синдромы проявляются слабодушием, слезливостью, склонностью к инертности эмоциональных реакций. У большинства таких больных отмечается неустойчивое настроение с преобладанием пессимистической окраски и склонностью к депрессивным проявлениям, снижение активного внимания, нарушение памяти, расстройства сна.

Больные пожилого возраста весьма чувствительны к невнимательному отношению, ещё более чувствительны к этому дети, помещённые в стационар и временно лишённые родительского

общения. В беседе с взрослыми пациентами врач должен стремиться к тому, чтобы речь была логически выстроена, содержательна, но подобный подход неприемлем в общении с детьми. Специалистам, работающим с маленькими пациентами, необходимо проявлять доброту и ласку, уметь находить индивидуальный подход к ребёнку. Медицинским работникам, помимо непосредственных клинических обязанностей, необходимо уделить внимание и получить доверие маленького пациента, что в комплексе со всеми терапевтическими мероприятиями положительно сказывается на течении многих дерматозов.

Хронический дерматоз значительно изменяет мысли и чувства не только взрослых, но и детей, в особенности подростков. Отрицательное влияние на центральную нервную систему (ЦНС) подростка оказывают искажённые экстеро- и интероцептивные рефлекторные воздействия кожного покрова, а также интоксикация, аллергия, нарушение сна. Отрицательно психологически сказываются ограничения в общении со сверстниками, отставание в учёбе, отрыв от семьи в связи с госпитализацией. Трудности в адаптации приводят к дополнительным раздражителям, которыми являются необычная обстановка в лечебном учреждении, неприятные болезненные ощущения, негативное отношение к медицинским манипуляциям (инъекции, перевязки, забор крови для исследования). Страх может парализовать волю подростка, способность логически мыслить, адекватно реагировать на субъективные ощущения. Часто развивается робость, возникает сужение интеллектуальных интересов, неуверенность в своих возможностях. В определённых случаях возникает аутизация личности, т.е. уход в мир внутренних переживаний, стремление к уединению и отказ от контакта со здоровыми сверстниками.

Особое значение следует уделить соблюдению врачом деонтологических принципов в процессе взаимодействия с родственниками больного. Это треугольник межличностных отношений Врач – Пациент – Родитель, и в этих отношениях врач несёт ответственность как профессионал, родители испытывают постоянное напряжение, а больные дети неадекватно реагируют на обычные раздражители. Серьёзные косметические дефекты, тяжёлые либо неизлечимые заболевания ребёнка, например, ихтиоз, синдром Лайелла, псориатический полиартрит, вызывают у родителей психическую травму.

Понимание и принятие психологии, внутреннего мира больного, соблюдение принципов деонтологии особенно необходимы в общении с пациентами, страдающими венерическими болезнями. Такое заболевание как сифилис, наносит тяжёлый ущерб не только соматическому здоровью пациента, угнетает его эмоциональное и моральное состояние, но и причиняет значительные страдания семье, близким родственникам.

Вопросы медицинской деонтологии в работе врача-венеролога имеют свою специфику, знание которой обязательно для специалиста, работающего в области венерологии. Остановимся на некоторых основных вопросах медицинской деонтологии, имеющих непосредственное отношение к практике венеролога.

Для выявления, обследования и лечения больного, являющегося источником заражения, установления бытовых и особенно половых «контактов» больного врач венеролог должен изучить условия интимной жизни пациента. На этом основана методика диспансерной работы врача-венеролога, направленная на своевременное предотвращение дальнейшего распространения венерического заболевания. Однако в этой ситуации нередко вопросы безопасности общества противостоят личным интересам больного, который по разным причинам старается скрыть интимные стороны своей жизни от врача. Пациента необходимо убедить в обязательном обследовании источника заражения. Аргументы, которые необходимо привести больному: выявление источника заражения важно для самого пострадавшего пациента с целью установления либо исключения предполагаемого диагноза, во-вторых, с целью определения дифференциального или сочетанного диагноза с различной продолжительностью инкубационного периода, в-третьих, с целью пресечения дальнейшего распространения заболевания, в-четвёртых, с целью своевременности оказания лечебной помощи источнику заражения. Разъяснив больному значение и необходимость получения ответов на поставленные вопросы, врач должен в таких случаях уметь найти «оптимальные компромиссы».

В чём заключается «оптимальный компромисс» при сборе анамнеза у больного венерическим заболеванием? Во-первых, следует создать доверительную обстановку, присутствие во время беседы с больным нескольких медицинских работников или студентов-медиков не способствует созданию благоприятных условий для откровенного разговора. Во-вторых, собирать «половой» анамнез следует после установления точного диагноза и стадии заболевания. Такие специалисты, как В.Д. Кочетков, М.В. Милич, У.М. Мирахмедов, Л.В. Белова рекомендуют при сборе анамнеза о половой жизни больного сифилисом применять принцип «оптимального компромисса», используя следующую последовательность процедур: идентификация жалоб больного, проведение объективного и локального осмотра, подтверждение необходимых лабораторных исследований и, лишь после установления точного клинического диагноза, выяснение половых контактов пациента за определённый период времени.

Основательные причины мотивируют врача быть настойчивым и последовательным в поиске источника заражения. Успех поиска во многом зависит от правильно, доступно и корректно состав-

ленных вопросов пациенту. Врач-венеролог, оставаясь тактичным, выдержанным и деликатным, при необходимости может напомнить об административной ответственности, которую несёт больной за умышленное сокрытие источника заражения. В сложных ситуациях, особенно с больными, ведущими аморальный стиль жизни, упорно скрывающими интимные связи, привлекаются заведующий отделением, главный врач, а также юрист. В клинической практике есть случаи, когда большинство таких больных назвали свои половые контакты лишь после беседы с юристом.

Первая встреча и беседа врача с больным имеет большое значение, она должна проходить конфиденциально, в атмосфере внимания и доброжелательности. В процессе беседы формируется взаимное доверие и раскрытие пациентом своей интимной жизни. Характер беседы, её содержание определяются личностными и социальными особенностями больного, его профессией, семейным положением, наличием судимости, употреблением психоактивных веществ и др. Например, в беседе с пациенткой, которую супруг заразил сифилисом, необходимо проявить понимание, уменьшить её психо-эмоциональное напряжение, убедить в эффективности лечения и, конечно, заверить в конфиденциальности беседы. Другой подход необходим с пациентами, ведущими аморальный стиль жизни, индифферентно или легкомысленно относящимися к заболеванию. Беседа должна быть серьёзной и конкретной, информация о тяжести заболевания, последствиях, прогнозе правдивой. При этом необходимо обратить особое внимание на ответственность самого пациента за своё здоровье, лечение, соблюдение режима и выполнение всех предписаний лечащего врача.

Важным в работе венеролога является подход к вопросу о сохранении врачебной тайны. Во всех случаях, когда это не противоречит интересам общества, венеролог, как и врачи других специальностей, обязан соблюдать врачебную тайну, а за её разглашение несёт ответственность согласно закону. Вопрос о врачебной тайне в практике врача-венеролога имеет большее значение нежели у других медицинских специалистов. Такое право медицинская деонтология признала давно. У врача-венеролога такое право связано не только с личными интересами больного, но и с интересами семьи, общества.

Заключение

Своеобразная деонтологическая тактика в процессе лечения дерматовенерологических пациентов способствует организации охранительного режима, в котором должен быть предусмотрен, как один из обязательных компонентов комплексного лечения, психотерапевтический подход.

Психотерапевтические методы используются с целью нормализации нравственно-психологическо-

го климата в коллективе, развития эффективных взаимоотношений с пациентом и его родственниками. Внутрибольничная обстановка в специализированном отделении должна обеспечивать пациентам безопасность и доверие, уважение к медицинским работникам, устранение тревоги и чувства страха у больных. Ключевые составляющие охранительного режима и психотерапевтической обстановки – это вежливый и приветливый персонал, рациональное устройство подразделений, конструктивная система функционирования лечебного процесса, позитивный стиль интерьера.

Список использованной литературы:

1. Беренбейн Б.А., Студницин А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней.
2. Васильев Т.В. В кн.: Венерические болезни / Под ред. Шапошникова О.К. – М., 1980. – С. 52-68.
3. Вихляева Е.М., Гамов В.П., Горшков С.З. Деонтология в медицине: в 2-х т. – М.: Медицина, 1988. – 416 с.
4. Довжанский С.И., Ивановская К.Н. Кожные болезни.
5. Фрунзе А. Лечение сифилиса. – М., 1992.
6. Яговдик Н.З., Сосновский А.Т., Качук М.В. Венерические болезни.

В процессе профилактики венерических заболеваний важное место занимают аспекты психологии морали, нравственности и жизненных ценностей. Врач-венеролог в сотрудничестве с другими специалистами, например, с врачом-наркологом, гинекологом, а также психотерапевтом, формирует половое воспитание, культуру сексуальных отношений пациента. Совместная деятельность выше указанных специалистов способствует развитию личностных и социально приемлемых установок, гармонизации духовных ценностей и формированию конструктивных жизненных сценариев пациентов.

УДК 616.859:61:34

ДИСЦИПЛИНАРНО-КОММУНИКАТИВНОЕ СООБЩЕСТВО И ЕГО ФУНКЦИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор, г. Павлодар (Республика Казахстан)

1. Под дисциплинарно-коммуникативным сообществом понимается самоорганизованная общность профессионалов, действующая в нормативном контексте определённого научно-практического направления и использующая для оформления коммуникативной деятельности – как внутренней, так и внешней – основополагающие дисциплинарные установки базисной научно-исследовательской программы.

При этом – как мы стремились показать в предыдущих разделах – следует иметь в виду, что применительно к современной психотерапии именно базисные установки НИП в конечном итоге формируют и социальные, и этические нормативные контексты.

Дисциплинарно-коммуникативное психотерапевтическое сообщество выполняет важнейшую функцию реализации базисной НИП, ускоренной трансляции получаемых инновационных результатов в практику, и, таким образом, способствует выполнению социальной миссии профессиональной психотерапии.

Последняя, в связи с тем, что психотерапия представляет ассоциированную эпистемологическую

платформу, заключается ещё и в формировании соответствующего идиоматического контекста, выполняющего ресурсную функцию обновлённого параметра порядка для современного общества.

Понятие дисциплинарно-коммуникативного сообщества значительно шире, чем формат профессиональной ассоциации, пусть даже и самой крупной, и включает в себя все структуры, имеющие отношения к развитию профессиональной психотерапии:

- профильные научные учреждения и центры;
- образовательные учреждения и центры;
- профессиональные психотерапевтические ассоциации;
- организации, осуществляющие управленческие и координационные функции;
- кластерные структуры, объединяющие научные, образовательные и практические учреждения, центры, кабинеты.

2. В связи со всем сказанным целесообразно более подробно рассмотреть не только область функциональной активности поименованных структур, представляющих собственно психотерапевтическое

УДК 616.89

ПРОЕКТ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Т.В. Пак

доцент кафедры «Педагогика и психология» Инновационного Евразийского Университета, к.м.н., PhD, врач-психотерапевт, медицинский психолог Центра психотерапии и психологической поддержки

Введение

Сегодня учреждения образования проводят большую работу по профилактике девиантного поведения, в том числе химических и нехимических (психологических) аддикций среди детей и молодёжи. Ведущая роль системы образования в первичной профилактике определена тем фактом, что дети и молодёжь являются организованным контингентом общеобразовательных и средне-специальных учебных учреждений.

В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы» и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29.01.2011 № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы» формирование физического и психического здоровья детей и подростков, формирование здорового образа жизни путём системного и комплексного подхода к профилактике и усиление контроля над поведенческими факторами риска признаны одними из приоритетных целей деятельности здравоохранения, конечной целью которой является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Научный подход

В связи с выше изложенным, Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК) была разработана и реализована научно-техническая программа «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан на 2011-2013 годы. Одним из научных проектов данной программы являлось исследование рисков вовлечения в химические и нехимические (психологические) аддикции среди детей и молодёжи Республики Казастан. В ходе исследова-

ния была выявлена взаимосвязь между химическими и нехимическими аддикциями, что соотносится с результатами ранее проведённых исследований. Также у лиц, имеющих риски в отношении химических зависимостей (алкогольной, наркотической), чаще отмечаются риски вовлечения в такие нехимические аддикции, как компьютерная и игровая зависимости. В исследовании была отмечена взаимосвязь между уровнем психологического здоровья и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. Так, у лиц, имеющих низкий уровень психологического здоровья, чаще отмечается высокий уровень риска вовлечения в наркотическую, алкогольную, а также в игровую и компьютерную зависимости. Было установлено, что вероятность развития химических и нехимических аддикций у лиц с низким уровнем психологического здоровья в 2,6 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем психологического здоровья. Кроме того, была выявлена взаимосвязь между качеством жизни и рисками вовлечения в химические и нехимические аддикции. В частности, у лиц, меньше уделяющих времени учёбе, не удовлетворённых общением в семье, с друзьями, чаще отмечались риски вовлечения в химические и нехимические аддикции. Наряду с этим, следует отметить, что лица, имеющие риски вовлечения в химические и нехимические аддикции, в сравнении с лицами, не имеющими рисков аддиктивного поведения, более агрессивны.

Вместе с тем, первично профилактическая работа, осуществляемая на практике в системе образования, не всегда основывается на едином научно обоснованном подходе, проводится вне стандартных требований и норм, недостаточно централизованно и успешно координируется, не разработана нормативная база для взаимодействия специалистов различного профиля.

Профилактическая деятельность сегодня в учреждениях образования складывается фрагментарно, разрозненно и во многом стихийно вследствие трансляции и «копирования» зарубежных профилактических программ без учёта адаптации и этнокультурных особенностей, норм и социально-экономических условий.

Вместе с тем, профилактика аддиктивного поведения среди детей и молодёжи – это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая реализуется государственными и общественными структурами, имеет своё содержание, этапы, мониторинг и итоговые результаты. Разработка, планирование, реализация и оценка профилактики в таком контексте должны быть основаны, прежде всего, на фундаментальном положении, определяющем профилактику как системную деятельность, включающую комплекс мероприятий, как отдельных специалистов, так и взаимодействие учреждений, ведомств и общественных организаций, а также направленную на итоговые результаты. Следовательно, первичная профилактика аддиктивного поведения среди детей и молодёжи должна осуществляться комплексно в вице региональных профилактических программ.

Региональные программы первичной профилактики должны быть созданы из компонентов, эффективность которых доказана мировой и отечественной практикой:

- 1) мероприятия по снижению предложения психоактивных веществ, проводимые преимущественно силовыми структурами;
- 2) мероприятия по снижению спроса на психоактивные вещества, осуществляемые специалистами по профилактике и активом из участников программ;
- 3) ресурсно-информационная и организационно-методическая деятельность и координация, осуществляемые региональной администрацией.

Для координации процесса реализации профилактической программы в регионе целесообразно создание координационной группы из следующих представителей: куратор от Министерства образования и науки, специалисты системы образования, специалисты иного профиля (например, здравоохранения, внутренних дел) для работы по принципу единой команды.

Следовательно, в профилактической деятельности должны применяться наиболее эффективные подходы в едином пространстве региона, что необходимо для координации профилактических усилий на основании единых стандартных требований в рамках единой научной концепции, в качестве которой может рассматриваться «Концепция психологического здоровья» (Катков А.Л. и соавт., 2004).

Объединение усилий специалистов различного профиля, их сотрудничество и взаимодействие в региональной программе определяют необходимость разработки стандартных требований с учетом специфики компонентов профилактической деятельности и типа целевых групп (Валентик Ю.В. и соавт., 2004). Стандартные требования ставят перед каждым участником профилактической работы специфические задачи, от успешного комплексно-

го решения которых зависит конечный результат всей профилактической деятельности в целом.

Таким образом, эффективное осуществление региональных профилактических программ становится возможным на основе стандарта первичной профилактики, который должен регламентировать профилактическую деятельность в отношении химических и нехимических аддикций среди детей и молодёжи в системе образования.

Основные положения проекта стандарта

Под стандартом первичной профилактики аддиктивного поведения среди детей и молодёжи в системе образования понимается система основных (нормативно заданных) форм профилактической деятельности, направленная на достижение и упорядочение данной деятельности путём разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий, технологий, работ, услуг, применяемых в профилактических целях.

Стандарт – это нормативный документ, утвержденный Министерством образования Республики Казахстан (РК), в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы, характеристики, касающиеся различных аспектов профилактической деятельности и её результатов. Данный нормативный документ направлен на достижение оптимальной степени упорядочения деятельности в области профилактики. Стандарт профилактики – это не программа, а обязательный минимум содержания профилактических программ, реализуемых в системе образования.

Область применения стандарта – система образования, включающая не только учреждения и структуры образования, но и все другие сферы жизнедеятельности несовершеннолетнего учащегося, где происходит его обучение и воспитание.

Цель стандарта – регламентация деятельности по осуществлению первичной профилактики аддиктивного поведения в образовательной среде и реализации соответствующих профилактических программ.

Стандарт позволяет решать следующие задачи:

- определять предмет, субъекты и объекты (целевые группы) профилактической деятельности;
- определять комплекс профилактических мероприятий, позволяющий достичь итоговых результатов первично-профилактической деятельности;
- определять обязательные элементы профилактической деятельности, поддерживаемые государством (компонент на уровне министерства) и вариативные элементы (региональный компонент);
- определять инструменты и критерии, позволяющие проводить мониторинг и оценку результатов профилактической деятельности.

Основными объектами стандарта являются: содержание, нормативные структуры и результаты

профилактических работ, входящих в систему профилактической деятельности на региональном уровне.

Основными целевыми группами, в отношении которых осуществляются профилактические воздействия, являются несовершеннолетние учащиеся, педагогические и социально-психологические специалисты, члены семей и значимые другие лица несовершеннолетних.

Основным предметом является уровень психологического здоровья у учащихся детей и молодёжи.

Основными субъектами стандарта являются органы исполнительной власти (управления образования областных акиматов) и специалисты, участвующие в образовательной и воспитательной деятельности.

Основной компонент профилактической работы, предусмотренный стандартом, входит в функциональные обязанности педагогических специалистов учебных заведений (педагог – психолог, социальный педагог, инспектор). Обучение профилактической деятельности предусматривается в рамках психологической подготовки педагогов и реализуется как через систему института повышения квалификации (ИПК), так и через специальное обучение. Из числа работников Министерства образования предусматривается подготовка специалистов, занимающихся исключительно профилактической деятельностью. Такого рода квалифицированные специалисты в стандарте обозначаются как превентологи. Предусматривается обязательное участие в профилактической деятельности в качестве её субъектов актива из числа участников профилактических программ, а определённые виды профилактической деятельности реализуются совместно со специалистами иного профиля (медицинские работники, инспекторы по делам несовершеннолетних, специалисты досуговой сферы, работники средств массовой информации (СМИ) и т.д.).

Основные ожидаемые результаты выполнения стандарта заключаются в формировании высокого уровня психологического здоровья, развитии гармоничной личности учащегося, формировании ценностных ориентаций и установок, исключающих аддиктивное поведение, в усвоении позитивных жизненных сценариев, обеспечивающих успешную самореализацию и противостояние деструктивному жизненному сценарию, а также в формировании физического и психического здоровья учащегося. Ещё один значимый результат – это формирование единой системы профилактической деятельности, создание команд профессионалов, осуществляющих первичную профилактику в регионах.

Функции стандарта первичной профилактики:

- формирование единого профилактического пространства;
- обеспечение качества первичной профилактической деятельности;
- менеджмент – управление;

– мониторинг – оценка.

Структура стандарта включает в себя описание:

- а) обязательных профилактических воздействий для каждой основной целевой группы;
- б) субъектов, осуществляющих профилактические воздействия;
- в) средств профилактических воздействий;
- г) основных результатов профилактических воздействий;
- д) инструментов мониторинга и оценки промежуточных и итоговых результатов.

По каждому направлению профилактической деятельности в отношении каждой целевой группы стандарт определяет состав исполнителей, основные цели (тип воздействия), способы реализации (инструменты воздействия), ожидаемые результаты и инструменты мониторинга, оценки достигнутых результатов.

Стандарт содержит технологичные и воспроизводимые воздействия, ведущие к прогнозируемым результатам, поддающимся измерению с помощью оценочных инструментов.

Обязательный компонент определяет единые минимальные требования и условия, обеспечивающие качество профилактической деятельности в системе образования, т.е. определение минимального стандартного ассортимента профилактических мероприятий и в соответствии с требованиями выделение соответствующих ресурсов, проведение координации, мониторинга и оценки профилактической деятельности в образовательной среде в пределах административной территории региона.

Вариативный компонент определяется самими субъектами профилактической деятельности и отражает специфику профилактической деятельности в образовательной среде с учётом региональных условий и особенностей. В вариативный компонент стандарта включаются профилактические инструменты, прошедшие достаточную экспертизу на практике.

Профилактическая программа, предусмотренная государственным стандартом, осуществляется в течение учебного года для всех целевых групп, включённых в стандарт первичной профилактики. Ежегодно с учётом региональных возможностей субъектов процесса осуществляется расширение охвата основных целевых групп и методов профилактики. Таким образом, стандартизации подлежит программно-организационная профилактическая деятельность в отношении четырёх основных целевых групп:

- 1) учащиеся дети и молодёжь;
- 2) педагоги, специалисты социально-психологической сферы учреждений образования;
- 3) родители и активисты (родительский комитет) из членов семей учащихся;
- 4) значимые другие лица (ЗДЛ) учащихся из досуговых сфер.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Учащиеся»

Стандарт состоит из следующего комплекса видов профилактической деятельности:

- формирование адекватной информированности через усвоение знаний, отношений и установок – лекции, семинары, интерактивные компоненты учебных дисциплин;
- развитие психологических свойств, качеств, умений и жизненных навыков через тренинговые технологии;
- определение уровня психологического здоровья, рисков вовлечённости в проблему аддиктивного поведения через диагностические инструменты;
- дифференциация контингента через интервьюирование, направление к специалистам на индивидуальное консультирование, индивидуальную коррекцию и психолого-педагогическое сопровождение;
- волонтерская деятельность участников в профилактической программе через формирование актива, его подготовку и стимуляцию;
- досуговая деятельность участников в профилактической программе через сотрудничество с молодежными и досуговыми организациями;
- мониторинг и оценка эффективности программной профилактической деятельности.

В стандарт включаются следующие компоненты.

1. Информационная деятельность:

Тип воздействия: формирование адекватной информированности, общих знаний, отношений и установок о самих себе, окружающих.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) тематические лекции, семинары, тренинги. Субъекты воздействия – педагоги, психологи, социальные педагоги, инспекторы, превентологи;
- б) предметные занятия по учебным дисциплинам – специальные интерактивные компоненты в гуманитарных дисциплинах. Субъекты воздействия – педагоги-предметники.

Результат воздействия: знания о личностной идентичности, интерперсональных особенностях личности, собственных потребностях и потребностях значимых других лиц (ЗДЛ).

Инструмент оценки воздействия: соответствующие анкеты, опросники.

Тип воздействия: формирование специальных знаний, отношений и установок об аддиктивном поведении.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) специальные тематические семинары. Субъекты воздействия – психологи, превентологи, медицинские работники;

- б) предметные занятия по учебным дисциплинам – интерактивные компоненты. Субъекты воздействия – педагоги-предметники.

Результат воздействия: специальные знания об аддикциях; негативное отношение к аддиктивному поведению.

Инструмент оценки воздействия: специальные анкеты, опросники.

2. Тренинговые занятия:

Тип воздействия: тематические тренинги, направленные на развитие свойств психологического здоровья.

Инструмент и субъект воздействия: практические тренинговые занятия. Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, обученный актив из числа участников профилактической программы, превентологи.

Результат воздействия: развитие свойств психологического здоровья, устойчивости в отношении воздействия агрессивной внешней среды, самоорганизации.

Инструмент оценки воздействия: диагностический инструмент уровня психологического здоровья.

3. Определение степени вовлеченности контингента в химические и нехимические аддикции:

Тип воздействия:

- а) обследование целевой группы на наличие факторов риска;
- б) проведение диагностического скрининга;
- в) анкетирование

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы, медицинские работники, превентологи.

Результат воздействия: выявление групп с высоким риском, с наличием риска и с низким риском вовлеченности в химические и нехимические аддикции, группы с наличием аддиктивного поведения, нуждающиеся в помощи.

Инструмент оценки воздействия: диагностический инструмент уровня психологического здоровья, анкета, опросник.

4. Дифференциация и коррекция контингента, консультирование, организация и психолого-педагогического сопровождения потоков помощи:

Тип воздействия: проведение дифференциации и санации контингента, организация потоков помощи.

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы во взаимодействии с медицинскими работниками, специалистами наркологами – аддиктологами, психотерапевтами, превентологи.

Результат воздействия: наличие учтённого контингента, которому оказана помощь.

Инструмент оценки воздействия: анкета, опросник.

5. Формирование актива, волонтерская деятельность и волонтерское движение:

Тип воздействия:

- а) выявление и обучение актива профилактическим воздействиям и стимуляции работы;

- б) организация волонтерского движения среди сверстников.

Инструмент воздействия:

- а) участие актива во всех выше указанных практических, тренинговых занятиях;
- б) расширение и создание новых волонтерских организаций, реализующих программы «Равный – равному»;
- в) выявление и мотивирование волонтеров по профилактической работе среди сверстников;
- г) семинар по современным технологиям профилактической работы среди сверстников;
- д) тренинг по современным технологиям профилактической работы среди сверстников.

Субъекты воздействия – психологи, педагоги, классные руководители, социальные педагоги, подготовленный актив из числа участников программы во взаимодействии со специалистами и членами молодежных организаций, волонтерами.

Результат воздействия:

- а) наличие подготовленного актива из числа успешных участников профилактических программ;
- б) увеличение числа волонтеров, ведущих профилактическую работу в подростково-молодежной среде;
- в) волонтерское движение по типу «Равный – равному».

Инструмент оценки воздействия:

- а) документирование подготовленного актива;
- б) документирование волонтерских организаций;
- в) статистические данные.

УМК: методическое пособие «Равный – равному».

6. Организация досуговой деятельности:

Тип воздействия:

- а) досуговая деятельность профилактической тематики;
- б) программы специфической досуговой активности с профилактическими элементами;
- в) сотрудничество с лидерами молодежных и досуговых организаций.

Инструмент воздействия:

- а) досуговые мероприятия профилактической тематики в молодежной среде;
- б) спортивные соревнования, походы, путешествия. *Субъекты воздействия* – классные руководители, психологи, педагоги, инспекторы, члены молодежных организаций, специалисты по творческим видам деятельности, специалисты по спорту и туризму.

Результат воздействия:

- а) реализация профилактических мероприятий в массовых досуговых программах;
- б) сценическое информирование профилактической тематики в широкой молодежной среде;
- в) увеличение охвата несовершеннолетних программами специфической досуговой активности.

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкетирование целевой группы молодежи;
- б) статистические данные.

7. Мониторинг программной профилактической деятельности:

Тип воздействия: проведение мониторинга ситуации и оценки эффективности программ профилактических воздействий.

Инструмент и субъект воздействия: анкетирование участников профилактической программы. *Субъекты воздействия* – педагоги, психологи, социальные педагоги, инспекторы, превентологи, подготовленный актив из числа участников программы во взаимодействии с медицинскими работниками.

Результат воздействия: наличие сведений о ситуации с аддикциями в целевой группе и дальнейшее совершенствование содержания профилактической программы.

Инструмент оценки воздействия: анкета, опросник.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Педагоги и другие специалисты учреждений образования»

В стандарт включаются следующие воздействия.

1. Информированность:

Тип воздействия:

- а) консультирование педагогов и других специалистов по вопросам индивидуальной работы с подростками, родителями, ЗДЛ;
- б) изучение и овладение современными эффективными технологиями профилактической работы.

Инструмент и субъект воздействия:

- а) психологическая мастерская;
- б) УМК: «Лекции, семинары (с использованием интерактивных форм), тренинги по профилактике аддикций в системе образования»;
- в) УМК: методическое пособие «Основы групповой, тренинговой работы»; методическое пособие «Современные диагностические технологии при организации профилактической работы»;
- г) программы дистанционного обучения для учреждений профессионального образования (например, ИПК) по вопросам профилактики, диагностики рисков формирования аддикций среди детей и молодежи».

Субъекты воздействия – психологи, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, специалисты соответствующих научных центров и институтов, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) знание о процессе консультирования подростков, родителей и ЗДЛ по вопросам профилактики аддикций.

- б) знание о современных подходах и технологиях профилактической работы.

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкета, опросник;
б) тестовая оценка знаний.

2. Формирование технологического потенциала профилактической деятельности в образовательной среде:

Тип воздействия:

- а) разработка профилактического мероприятия в рамках учебного предмета;
б) освоение интерактивных форм работы с учащимися, родителями, ЗДЛ.

Инструмент воздействия:

- а) УМК: методический семинар «Интерактивные психолого-педагогические технологии ведения профилактической работы в образовательном учреждении», методический семинар «Разработка мероприятий с учащимися, родителями, ЗДЛ по формированию базовых знаний»;
б) УМК: методическое пособие «Профилактика аддиктивного поведения в детской и молодежной среде»; методическое пособие «Диагностика факторов риска формирования химических и нехимических (психологических) аддикций среди детей и молодежи», методическое пособие «Программа «FAST – семья и школа вместе».

Субъекты воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, психологи, педагоги, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) методика профилактической работы в структуре учебного предмета;
б) сценарии мероприятий с учащимися, родителями, ЗДЛ по овладению базовыми знаниями профилактики аддикций.

Инструмент оценки воздействия:

- а) заключение методической службы.

УМК: методическая разработка «Технологии экспертизы профилактических программ»;

- б) заключение методической службы

УМК: методическая разработка «Технологии экспертной деятельности в образовании».

3. Разработка комплексной проектно-организационной программы профилактической деятельности в образовательной среде (образовательном учреждении):

Тип воздействия:

- а) проектирование социального партнерства (например, по типу шефства предприятия);
б) проектирование социально-значимого культурно-воспитательного проекта;
в) разработка раздела по первичной профилактике аддикций в воспитательной работе образовательного учреждения.

Инструмент воздействия:

- а) соглашение или меморандум с социальным партнером;
б) работа педагогического совета;
в) работа методического объединения

УМК: методическая разработка «Проектирование социального партнерства».

Субъекты реализации воздействия – специалисты по воспитательной работе, методисты, психологи, педагоги, социальные педагоги образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) программа совместной деятельности с социальным партнёром (одним из субъектов региона);
б) культурно-образовательный проект;
в) нормативное оформление профилактических мероприятий на уровне образовательного учреждения (например, акты внедрения мероприятий).

Инструмент оценки воздействия:

- а) анкета для социального партнера;
б) анализ результатов социально-значимого культурно-воспитательного проекта;
в) экспертиза воспитательных программ образовательного учреждения.

4. Формирование условий развития профессионального потенциала для решения задач профилактики:

Тип воздействия:

- а) изменение стереотипных установок и выработка профессиональной позиции к проблеме профилактики;
б) формирование профессиональных целей и задач профилактической деятельности в условиях образовательного учреждения;
в) освоение технологий проведения индивидуальной профилактической работы (индивидуальная профилактическая беседа);
г) освоение технологий организации групповой работы по вопросам профилактики (групповая дискуссия);
д) освоение психологических технологий (консультирование, тренинг, групповая работа);
е) освоение технологий проведения Программы «FAST – семья и школа вместе».

Инструмент воздействия:

- а) круглый стол на тему разработки концепции и программы профилактической работы в образовательном учреждении (в рамках плановых мероприятий);
б) методический семинар, мастер-классы;
в) тренинговая работа:
– тренинг коммуникативности;
– тренинг ассертивности;
– тренинг сензитивности;
– тренинг профессионального общения;

- ситуационно-ролевой тренинг;
- тренинг психической саморегуляции;
- тренинг «профилактики синдрома эмоционального выгорания»;

г) программа «FAST – семья и школа вместе».

УМК: методические пособия на темы технологий организации и проведения тренингов для детей и молодежи в образовательном учреждении».

Субъекты воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, методисты, психологи, педагоги, социальные педагоги образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результат воздействия:

- а) концепция и программа, определяющая цели и задачи профилактической работы в образовательном учреждении;
- б) наличие навыков проведения индивидуальной профилактической беседы;
- в) наличие навыков проведения групповой дискуссии;
- г) наличие навыков проведения Программы «FAST – семья и школа вместе»
- д) наличие компетенции в психологических технологиях (консультирование, тренинг, групповая работа).

Инструмент оценки воздействия:

- а) анализ реалистичности и реализуемости профилактической программы, поставленных целей и задач (управленческая экспертиза);
- б) сертификаты/удостоверения тематических семинаров-тренингов, специализаций, повышений квалификации;
- в) внутренние плановые аттестации с тематическим тестированием.

5. Формирование актива и волонтерская деятельность:

Тип воздействия:

- а) выявление, формирование и подготовка актива;
- б) обучение профилактическим воздействиям и стимуляции работы.

Инструмент воздействия: участие в выше указанных практических занятиях.

Субъекты воздействия – психологи, педагоги, специалисты по воспитательной работе.

Результат воздействия: наличие актива из числа успешных участников программы, способного участвовать в профилактических воздействиях.

Инструмент оценки воздействия:

- а) документирование актива;
- б) отчетность по волонтерской деятельности.

6. Мониторинг ситуации, реализации и оценки профилактических мероприятий.

Тип воздействия: разработка и реализация программы мониторинга факторов риска формирования аддикций в образовательной среде.

Инструмент воздействия:

- а) рабочая координационная группа;

- б) педагогические советы образовательных учреждений.

Субъекты реализации воздействия – специалисты соответствующих научных центров и институтов, состав рабочей координационной группы, педагогические советы, психологи и педагоги образовательного учреждения во взаимодействии с медицинскими работниками.

Результат воздействия:

- а) идентификация ситуации;
- б) оценка эффективности профилактических мероприятий.

Инструмент оценки воздействия: экспертная оценка результатов мониторинга.

Проект стандарта первичной профилактической работы с целевой группой «Члены семей несовершеннолетних учащихся»

Стандарт включает следующие воздействия.

1. Формирование неспецифических знаний, отношений и установок:

Тип воздействия:

- а) информирование – предоставление неспецифической информации членам семей о стадиях развития детей, семейных отношениях, семейных мифах, стереотипах, проблемах;
- б) реализация программы «FAST – семья и школа вместе».

Инструмент воздействия:

- а) лекции-семинары по проблемам современной семьи для родительской аудитории;
- б) инновационная форма родительских собраний;
- в) программа «FAST – семья и школа вместе». Субъекты воздействия – педагоги, классные руководители, школьные психологи, социальные педагоги, инспекторы образовательного учреждения, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результаты воздействия:

- а) повышение уровня воспитательного потенциала семьи;
- б) повышение компетенции в вопросе позитивного жизненного сценария семьи;
- в) повышение взаимодействия семьи и школы;
- г) формирование установки к решению личностных проблем.

Инструменты оценки воздействия: тестирование целевой группы родителей.

2. Формирование специфических знаний, отношений и установок:

Тип воздействия:

- а) предоставление специфической информации (специальные сведения об аддикциях; патологии семейного воспитания; дисфункциональных, асоциальных семьях; проблемах, последствиях, юридических аспектах аддиктивного поведения и др.);

- б) организация специфических отношений, установок (юридическое консультирование, социальное сопровождение, сотрудничество с профильными общественными организациями и др.).

Инструмент воздействия: специфические формы профилактической работы с привлечением профильных специалистов. Субъекты воздействия – педагоги, классные руководители, школьные психологи, социальные педагоги, социальные работники, инспекторы, сотрудники ювенального суда, юристы, подготовленный актив участников профилактической программы во взаимодействии со специалистами профильных общественных организаций.

Результаты воздействия:

- а) формирование общих знаний об аддикциях, ранних признаках и проявлениях;
- б) идентификация собственных семейных проблем;
- в) выявление и учёт «трудных» семей, нуждающихся в профилактической помощи и социально-психологической поддержке;
- г) организация профильных форм профилактической работы с семьями (юридическая, социальная и др.).

Инструменты оценки воздействия:

- а) тестирование целевой группы родителей;
- б) документирование учета «трудных семей»;
- в) отчетность о профильных формах профилактической работы.

3. Волонтерская деятельность:

Тип воздействия: формирование актива родителей.

Инструмент воздействия:

- а) волонтерская деятельность родительского актива, членов родительского комитета;
- б) специальные обучающие программы (семинары, тренинги) для родительского актива в рамках школьной профилактики;
- в) профилактическая работа родительского актива с другими семьями, родительская поддержка, социальное воздействие на «трудные семьи».

Субъекты воздействия – заместитель директора по воспитательной работе, психологи, социальные педагоги, классные руководители, подготовленный актив участников профилактической программы.

Результаты воздействия:

- а) наличие группы родительского актива;
- б) реализация родительской поддержки;
- в) социальное воздействие родительского актива на трудные семьи.

Инструменты оценки воздействия:

- а) документирование группы родительского актива;
- б) отчетность по волонтерской деятельности;
- в) тестирование целевой группы родителей.

УМК: методическое пособие «Организация профилактической работы с семьей».

Список использованной литературы:

1. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герши А.А., Зарецкий В.В., Рябчев В.К., Слободчиков В.И., Тростанецкая Г.Н. Формирование отраслевого стандарта деятельности по первичной профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних // Книга 4-х томник. – 2004.

2. Валентик Ю.В., Герши А.А., Зарецкий В.В. Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология. – 2002. – № 8. – С. 16-19.

3. Вачков И.В. Основы группового тренинга. Психотехники. – М.: Осъ-89, 2007. – 255 с.

4. Егоров А.Ю. Социально приемлемые формы нехимических аддикций. Интернет-зависимость // в кн. Руководство по аддиктологии /под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Речь, 2007. – С. 508-515.

5. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.

6. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Концепция психологического здоровья – антинаркотической устойчивости // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2004. – Т. IV, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 26-41.

7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 4. – С. 102-107.

8. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: Сборник методических материалов. – М.: Академия, 2001. – С. 16-72.

9. Малкина - Пых И.Г. Возрастные кризисы / справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2004. – 894 с.

10. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 86-91.

11. Петрова Е. Избранные упражнения для работы в группах риска. – СПб, 2000.

12. Тростанецкая Г.Н. Деятельность системы Минобразования России в проведении антинаркотической работы в образовательной среде // Наркология. – 2002. – № 8. – С. 2-5.

13. Эйдамиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская М.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2005. – 332 с.