

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ РФ
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНЫХ И ГУМАНИТАРНЫХ ЗНАНИЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ**

И.Р.Абитов

Психология девиантного поведения.

Учебно-методический комплекс

Казань-2010

Рекомендовано к изданию учебно-методическим советом
Института социальных и гуманитарных знаний

Рецензенты:

В.Д.Менделевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета;

Е.Н.Ибрагимова, кандидат психологических наук, заведующая кафедрой психологии Института социальных и гуманитарных знаний

Абитов И.Р.

Психология девиантного поведения: учебно-методический комплекс/
И.Р.Абитов. – Казань: РИЦ «Школа», 2010 .

Учебно-методический комплекс «Психология девиантного поведения» составлен в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 030301.65 «Психология» и направления 030300 «Психология». Дисциплина входит в национально-региональный (вузовский) компонент дисциплин и является обязательной для изучения.

I. Введение.

Дисциплина предназначена для студентов, обучающихся по специальности «Психология» и направлена на ознакомление их с основами психологии девиантного поведения.

Основная цель дисциплины «Психология девиантного поведения» - ознакомить студентов с категорией девиантного поведения, основными его формами, с психологическими особенностями лиц с отклоняющимся (девиантным) поведением, методами диагностики, профилактики и коррекции девиантного поведения.

В рамках курса «Психологии девиантного поведения» студенты смогут познакомиться с различными классификациями девиантного поведения, с медицинским, социологическим и психологическим подходами к феномену девиантного поведения, с современными методами диагностики, профилактики и коррекции различных форм девиантного поведения, с закономерностями формирования и проявления зависимого, суицидального, агрессивного, делинквентного поведения, с психологическими концепциями девиантного поведения, а также освоить навыки диагностики психологических особенностей лиц, с отклоняющимся поведением.

Согласно учебному плану на преподавание дисциплины «Психология девиантного поведения» отведено 70 часов. Из них: 32 – лекционных . 32 – семинарских и 6 – на самостоятельную работу.

Цель курса

Дать студентам представление о месте категории девиантного поведения в системе категорий психологической науки, о классификациях, основных проявлениях и методах диагностики и коррекции девиантного поведения.

Задачи курса

- дать определение девиантного поведения, определить место категории девиантного поведения в системе категорий психологической науки;
- сопоставить медицинский, психологический и социологический аспекты феномена девиантного поведения;
- ознакомиться с основными проявлениями и видами девиантного поведения;
- ознакомиться с методами диагностики и коррекции девиантного поведения.

Место курса в профессиональной подготовке выпускника

Настоящий курс развивает содержание таких дисциплин, как «Клиническая психология», «Социальная психология», «Консультативная психология» и др.

Требования к уровню освоения содержания курса

Выпускник обязан:

- иметь представление об особенностях медицинского, социологического и психологического подходов к феномену девиантного поведения;
- знать основные классификации девиантного поведения;

- знать основные проявления девиантного поведения, особенности личности лиц с девиантными формами поведения;
- знать основные методы диагностики и коррекции девиантного поведения и уметь использовать их на практике.

II. Объём дисциплины и виды учебной работы.

Вид учебной работы	Объём часов по формам обучения			
	очная форма		заочная форма	
	специалист	бакалавр	специалист	бакалавр
№ семестров	7	7	9	9
Всего часов	70	70	120	120
Лекции	32	32	12	12
Практические и семинарские занятия	32	32	-	-
Самостоятельная работа	6	6	108	108
Зачёт или экзамен	зачёт	зачёт	зачёт	зачёт

III. Форма итогового контроля.

Зачет. В соответствии с прикладным характером курса в течении семестра выполняется практическая работа с итоговой оценкой по результатам выполнения данной работы.

IV. Рабочая программа.

Тема 1. Понятие девиантного поведения. Классификации видов девиантного поведения.

Категория поведения в психологии. Норма и виды норм. Критерии определения понятия «девиантного (отклоняющегося) поведения». Место психологии девиантного поведения в системе областей психологического знания. Типы взаимодействия с реальностью и их взаимосвязь с видами девиантного поведения. Классификации видов девиантного поведения.

Тема 2. Биологические и социальные факторы девиантного поведения. Концепции девиантного поведения.

Социальные факторы отклоняющегося поведения. Биологические предпосылки поведенческих девиаций. Экзистенциально-гуманистический подход к пониманию девиантного поведения. Психодинамические концепции девиантного поведения. Поведенческий подход к пониманию отклоняющегося поведения. Понимание феномена девиантного поведения как симптома семейного неблагополучия. Концепция морального развития Л. Колберга.

Тема 3. Агрессивное поведение.

Агрессия и агрессивное поведение. Факторы, влияющие на формирование агрессивного поведения. Агрессия и антисоциальное поведение.

Тема 4. Делинквентное поведение.

Особенности мотивации делинквентного поведения. Криминальное поведение. Факторы, влияющие на формирование делинквентного поведения. Антисоциальная (социопатическая) личность.

Тема 5. Зависимое (аддиктивное) поведение.

Общая характеристика зависимого поведения. Формы зависимого поведения. Психологические особенности лиц с зависимым поведением. Концепции аддиктивного поведения. Факторы, влияющие на формирование аддиктивного поведения. Феномен со-зависимости. Виды химической зависимости. Нехимическая зависимость: компьютерная зависимость, гемблинг, любовная зависимость, пищевая зависимость.

Тема 6. Аутодеструктивное и суицидальное поведение.

Факторы формирования аутодеструктивного поведения. Типология суицидов. Возрастные, половые и демографические особенности аутодеструктивного и суицидального поведения. Концепции формирования суицидального поведения. Суицидальная мотивация. Маркеры суицидального поведения.

Тема 7. Сексуальные девиации.

Понятие индивидуальной и партнерской нормы. Векторы сексуальной ориентации. Виды сексуальных девиаций.

Тема 8. Методы диагностики девиантного поведения.

Тест антиципационной состоятельности (В.Д. Менделевич). Методика «Индекс жизненного стиля». Методика оценки уровня развития морального сознания «9 гипотетических дилемм». Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма. Проективная методика «Hand-test». Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К. Яхин, В.Д. Менделевич).

Тема 9. Превенция и интервенция отклоняющегося поведения.

Профилактика девиантного поведения. Стратегии социально-психологического вмешательства при различных формах отклоняющегося поведения.

Тема 10. Психологическая коррекция девиантного поведения.

Цели и принципы коррекции поведения. Стимулирование позитивной мотивации. Методы поведенческой психотерапии в коррекции эмоциональных состояний. Обучение методам саморегуляции. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии в коррекции девиантного поведения.

V. Тематический план занятий.

Очная форма обучения

№	Наименование тем	Всего часов	Аудиторные занятия (час)		Самостоятельная работа в часах
			лекции	семинары	
1.	Понятие девиантного поведения. Классификации видов девиантного поведения.	4	2	2	-
2.	Биологические и социальные факторы девиантного поведения. Концепции девиантного поведения.	8	4	4	-
3.	Агрессивное поведение.	6	2	4	-
4.	Делинквентное поведение.	4	2	2	-
5.	Зависимое (аддиктивное) поведение.	10	4	4	2
6.	Аутодеструктивное и суицидальное поведение.	6	4	2	-
7.	Сексуальные девиации.	4	2	2	-
8.	Методы диагностики девиантного поведения.	10	4	4	2
9.	Превенция и интервенция отклоняющегося поведения.	10	4	4	2
10.	Психологическая коррекция девиантного поведения.	8	4	4	-
Итого		70	32	32	6

Заочная форма обучения

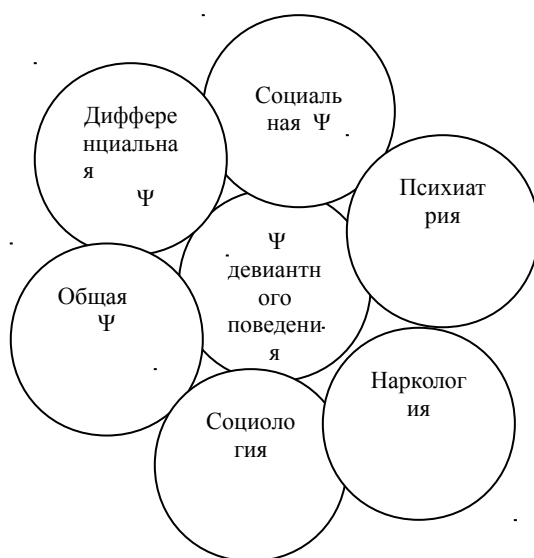
№	Наименование тем	Лекции	Самостоятельная работа в часах
1.	Понятие девиантного поведения. Классификации видов девиантного поведения.	1	11
2.	Биологические и социальные факторы девиантного поведения. Концепции девиантного поведения.	1	11
3.	Агрессивное поведение.	1	11
4.	Делинквентное поведение.	1	10
5.	Зависимое (аддиктивное)	2	10

	поведение.		
6.	Аутодеструктивное и суицидальное поведение.	2	11
7.	Сексуальные девиации.	1	11
8.	Методы диагностики девиантного поведения.	1	11
9.	Превенция и интервенция отклоняющегося поведения.	1	11
10.	Психологическая коррекция девиантного поведения.	1	11
Итого		12	108

VI. Краткий курс лекций.

Тема №1. Понятие девиантного поведения. Классификации видов девиантного поведения.

Психология девиантного поведения – междисциплинарная область знаний, молодая область знаний.



Психологию девиантного поведения часто рассматривают как раздел клинической психологии. Перейдём к определению понятия «девиантное поведение». Начнем с родового понятия – понятия «поведение». Под поведением понимается процесс взаимодействия личности со средой, опосредованный индивидуальными особенностями и внутренней активностью личности, выражающийся в форме внешних действий и поступков. Поведение делят на *нормальное* и *аномальное*. Под *нормальным поведением* понимают нормативно-одобряемое поведение, не связанное с расстройствами психики и характерное для большинства людей. В самом слове «нормальное» заложено слово «норма». Существуют следующие нормы:

- 1) Статистическая норма (высокая частота проявления в популяции);
- 2) Нравственные нормы – общечеловеческие ценности, представленные в мировых религиях, искусстве и науке (носители – семья, конфессии, общественные организации);
- 3) Морально-этические нормы – ожидания и требования социальной группы к своим членам (носители – социальные группы, члены группы и их лидеры);
- 4) Правовые нормы - закреплены в основных документах государства (конституция, уголовный кодекс, гражданский кодекс). Соблюдение этих норм регулируется государством.

Итак, девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от нормы.

В.Д.Менделевич определяет девиантное поведение, как *«систему поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении хода самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля под своим поведением»*.

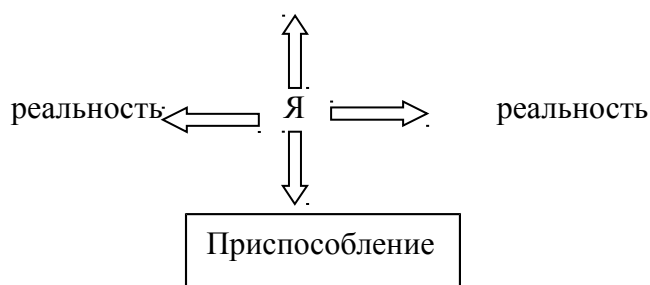
Е.В.Змановская дает следующее определение отклоняющего поведения – *«это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся её социальной дезадаптацией»*.

Критерии девиантного поведения:

1. Препятствует адаптации к группе и самоактуализации;
2. Не соответствует общепринятым нормам;
3. Поведение стойко повторяется;
4. Согласуется с общей направленностью личности (не является следствием нестандартной, кризисной ситуации).

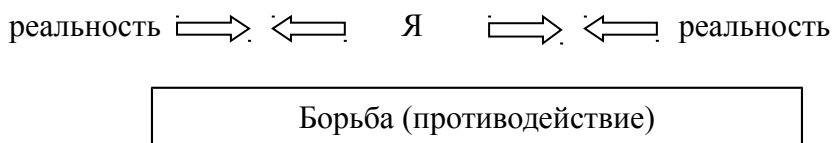
В основе поведения человека лежит взаимодействие с реальностью. Его можно представить несколькими способами:

а).



Способ взаимодействия гармоничного человека с реальностью (кроме тоталитарных, деструктивных групп).

б).



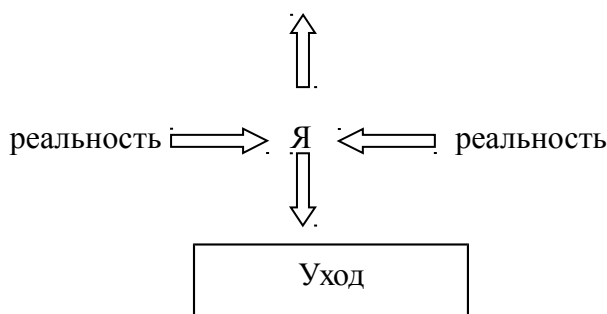
Человек активно пытается разрушить ненавистный порядок вещей, изменить действительность. Он убежден, что все его проблемы обусловлены факторами враждебной реальности. При этом реальность противодействует человеку или пытается изменить его под свои требования (криминальное поведение).

в). реальность $\longleftrightarrow$ Я $\longleftrightarrow$ реальность

Болезненное противостояние

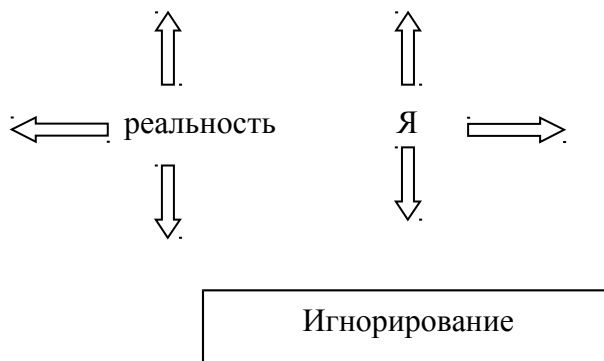
Этот способ взаимодействия обусловлен искажением восприятия и понимания реальности вследствие психического расстройства.

г).



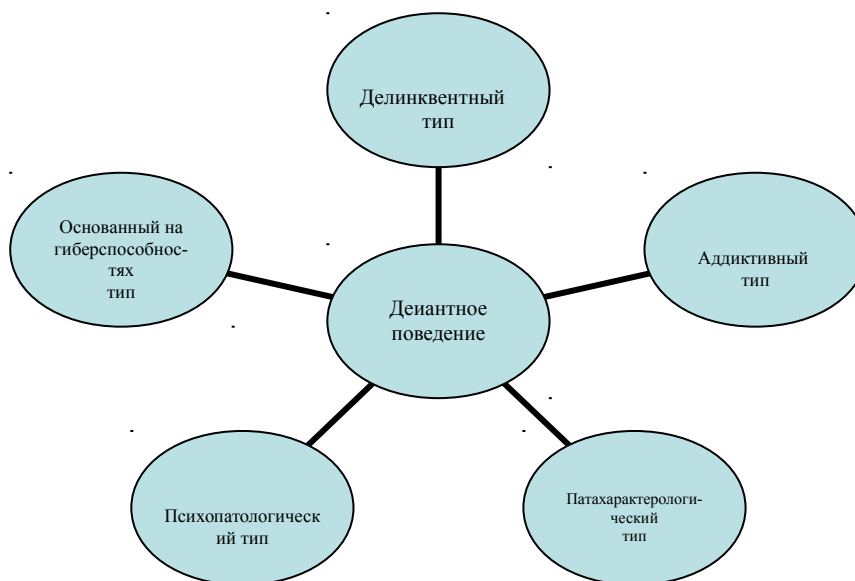
Этот способ взаимодействия выбирают люди расценивающие реальность негативно, оппозиционно, не желающие или считающие себя неспособными приспособиться к ней (употребление психоактивных веществ).

д).



Автономизация жизни и деятельности, когда человек не принимает в расчёт требования и нормы реальности, существуя в мире своих идей (люди с гиперспособностями).

В зависимости от взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм выделяют 5 типов девиантного поведения:



Делинквентное поведение – разновидность криминального поведения, в крайних формах представляющее собой уголовно наказуемое деяние. Такое поведение юридически трактуется как проступок (В.Д.Менделевич). Е.В. Змановская определяет делинквентное (антисоциальное) поведение как противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей.

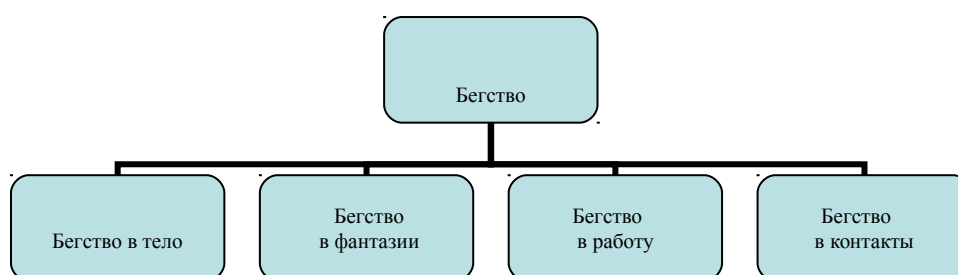
У таких людей нарушается процесс предвосхищения результатов поступка. Они легкомысленно совершают противоправные действия, не прогнозируя их последствий. Они часто действуют под влиянием ситуации или стремятся к сиюминутному удовлетворению потребности. Делинквентное поведение может проявляться в озорстве и желании развлечься, действии «на спор» (молодой человек залезает на ТВ башню, чтобы удивить понравившуюся девушку; подростки кидают с балкона предметы «на меткость»). Делинквентное поведение отличается от криминального низкой степенью осознания последствий, это преступные действия с невинными намерениями. Основные черты личности с делинквентным поведением: неумение выделять реальные и идеальные цели, наивность и прямоту, эгоцентризм, подчиняемость, повышенная обидчивость, потребность в опеке, склонность к перепадам настроения, неспособность прогнозировать результаты своих поступков (психический инфантизм).

Аdditивное поведение характеризуется формированием стремления к уходу от реальности путём искусственного изменения своего психического

состояния посредством приёма химических веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Короленко, Донских). Основной мотив таких людей – активное изменение «серого», «скучного», «монотонного» состояния. Основная особенность такого человека – рассогласование между психологической устойчивостью в кризисной ситуации и неустойчивостью в обыденной. Антиподом аддиктивной личности является обыватель.

Сегал выделяет следующие особенности лиц с аддиктивными формами поведения: 1) сниженная переносимость повседневных трудностей наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляющимся превосходством; 3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными отношениями; 4) стремление говорить неправду; 5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны; 6) стремление уходить от ответственности при принятии решений; 7) стереотипность, повторяемость поведения; 8) зависимость; 9) тревожность.

Уход от реальности осуществляется в виде «бегства» в одну из сфер жизни. Н. Пезешкиан выделяет 4 вида «бегства» от реальности:



Под **патохарактерологическим типом** девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе жизни. К нему относятся расстройства личности, выраженные акцентуации характера, невротические развития личности. Ведущими у такого человека являются «мотивы психопатической самоактуализации».

При *эмоционально-неустойчивом расстройстве* личности ведущими мотивами являются стремление к реализации завышенного уровня притязаний, обидчивость, тенденция к доминированию, склонность к самовзвинчиванию. При *истерическом расстройстве* – эгоцентризм, жажда признания, завышенная самооценка. При *ананкастном и тревожном расстройствах* патологическая самоактуализация выражается в уходе от конфликтных ситуаций, в сохранении привычных стереотипов поведения. Невротические развития личности представлены преимущественно навязчивостями и ритуалами, пронизывающими всю жизнь человека.

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах или синдромах,

вызывающих искажение восприятия (затыкает уши, разговаривает с собой), понимания (проявляет агрессию, ограничивает общение), нарушения волевой регуляции (застывает в одной позе, делает стереотипные движения).

Девиации, обусловленные гиперспособностями, проявляются в неприспособленности человека к бытовой, обыденной жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки других людей, оказывается наивным, неподготовленным к повседневной жизни. Такой человек расценивает обычный мир, как нечто малозначимое, несущественное, не вырабатывает эмоционального отношения к поведению других людей, принимает любые события отрёпённо. Контакты, не связанные с важным для этого человека видом деятельности, воспринимаются им как необязательные и временные. Такой человек живет в мире своих идей, сосредоточен на одном виде деятельности.

Тема №2. Концепции девиантного поведения.

Психология девиантного поведения.

Теории девиантного поведения.

I. Экзистенциально – гуманистический подход.

1) Логотерапия.

В. Франкл: человеческие характеристики – свобода, ответственность и духовность (предлагает осмысленное существование в форме свободного самоопределения). Дефицит этих качеств – поведенческие проблемы. Позиция аномальной личности – фаталистическая (опирается на волю внешних сил, не рассматривая себя как ответственного за самоопределение в ценностях). Возникает ощущение внутренней пустоты – экзистенциальный вакуум. Экзистенциальная фрустрация и экзистенциальный вакуум – причины «ноогенного невроза». Экзистенциальный вакуум порождает общественные явления – наркомания, депрессия и агрессию. («Массовая невротическая триада»). Чтобы найти смысл, нужно выйти за пределы своего Я.

Способы не выходить за рамки Я:

- *гиперрефлексия (чрезмерная саморефлексия);*

- *гиперинтенция (чрезмерное внимание к удовлетворению своих желаний).*

2) Клиент-центрированная психотерапия – К.Роджерс. У аномальной личности процесс самоактуализации заблокирован и существует лишь в возможности. Основная преграда – система условных ценностей, сформированных в детстве. Человек относится положительно к себе и другим только в случае соответствия навязанным в семье условным идеалам. Проблемное поведение вызывают нереалистичные, искаженные представления о себе, противоречивый опыт, внутренний конфликт между потребностью в самореализации и зависимостью от внешней оценки.

3) А.Маслоу – концепция самоактуализации. Причина отклоняющего поведения – блокировка процесса самоактуализации. Она может быть вызвана фрустрацией базовых потребностей, фиксацией на потребностях высшего уровня, недоразвитием высших потребностей,

неблагоприятными социальными условиями. Если самоактуализация через любовь, творчество и духовность невозможна, она может быть подменена девиантной самоактуализацией.

4) Э. Фромм – Человек, сталкиваясь с экзистенциальными противоречиями (дихотомия жизни и смерти, противоречия одиночества и связанности с другими, конфликт между стремлением к реализации возможностей и недостатком времени), преодолевает их с помощью различных механизмов:

А) Авторитарный характер – отказ от своей свободы, становится рабом системы;

Б) Автоматизирующий конформизм – утрата индивидуальности за счет усвоения социального стереотипа поведения;

В) Деструктивность – отчуждение от мира через разрушение.

5) Экзистенциальная теория – И. Ялом. Экзистенциальные данности: 1) смерть; 2) одиночество; 3) свобода; 4) смысл. Тревога смерти, страх одиночества, нежелание принимать свою свободу и ответственность и искать смысл – причины девиантного поведения.

II. Психодинамические теории девиантного поведения.

1). Психоанализ – З. Фрейд. Фиксация на стадиях психосексуального развития – характеры. Фиксация провоцируется фрустрацией или чрезмерным удовлетворением на данной стадии. Оральный характер – зависимый, депрессивный; анальный – агрессивный, жадный; фаллический – хвастливый, самовлюбленный.

2). А.Фрейд – концепция психологической защиты. Для людей с девиантными формами поведения свойственны примитивные защиты, дезадаптивный вариант совладания – пассивный, с опорой на защиты, с экстернальностью.

Зависимое поведение – как защита от реальности, на основе механизма отрицания.

3). Индивидуальная психология А.Адлера. Движущая сила развития – чувство собственной неполноценности. В случае нарушенного поведения комплекс неполноценности сочетается с неадекватной жизненной установкой и неразвитым социальным чувством. Доминирующей жизненной направленностью является стремление к достижению полного превосходства. Такой человек видит в других средство достижения своих целей, противостоит обществу.

III. Поведенческие теории девиантного поведения.

1) Бихевиоризм – девиантное поведение – следствие классического обусловливания. (И.П.Павлов).

2) Девиантное поведение – следствие оперантного обусловливания, возникает под действием позитивного (приятные ощущения) и негативного (снятия напряжения) подкрепления. (Б. Ф. Скиннер).

3) Реципрокное торможение. Угасание старых привычек при развитии новых в тех же условиях (релаксация вместо тревоги). (Д. Вольпе).

4). Теория социального научения. Ключевая роль наблюдения в процессе научения, его опосредованность когнитивными процессами. (А.Бондура).

5 условий научения через наблюдение:

- а) Мотивация;
- б) Ясность и доступность образа;
- в) Достаточная память;
- г) Внимание.
- д) Достаточность физических возможностей.

Исследования агрессии у детей.

5) Когнитивная психотерапия А.Бек, рационально – эмотивная психотерапия - А.Элис.

В основе нарушений поведения лежат неадекватные когниции – не верная интерпретация ситуации.

6) Теории копинг – поведения (Лазарус, Хайм, Гринглас)

IV. Современные подходы к изучению девиантного поведения.

Системная семейная психотерапия – (Минухин, В. Сатир и др.)

Семья – система. Её характеристики: иерархия, границы, подсистемы, правила, стили коммуникации. Система стремится к поддержанию равновесия, каждый участник семейного процесса играет свою роль. Отклоняющее поведение – симптом семейного неблагополучия. Симптом служит для удержания семьи от распада и поддержания равновесия. Носитель симптома – идентифицированный пациент.

Признаки симптоматического поведения:

- а) симптом влияет на всех членов семьи;
- б) симптом не поддается контролю носителя;
- в) симптом закрепляется и поддерживается всеми членами семьи;
- г) такое поведение дает участникам семейного процесса психологическую выгоду.

С.А. Кулаков в качестве причин симптоматического поведения выделяет:

- а) члены семьи игнорируют проблему;
- б) закрытые внешние границы не позволяют получить внешний ресурс для решения проблемы;
- в) различные границы между подсистемами стимулируют хроническую беспомощность особенно у «идентифицированного пациента»;
- г) стереотипные ролевые взаимодействия;
- д) проблемы открытого выражения чувств.

Тема №3. Агрессивное поведение.

В переводе с латинского **агрессия** – нападение.

Агрессию делят на *конструктивную* и *неконструктивную* (по Э.Фромму – *доброкачественную* и *злокачественную*). Основное различие в намерениях нанести вред (при конструктивной - отсутствует). Э.Фромм в рамках конструктивной агрессии описывает: непреднамеренную, игровую,

оборонительную, инструментальную агрессию, агрессию, как самоутверждение.

Наиболее распространенные проявления агрессии – злословие, конфликтность, давление, принуждение, критика, угрозы, применение физической силы. Внутренние репрезентации агрессии – идеи, фантазии, аффекты.

Возрастные особенности:

Агрессия младенцев – громкий, требующий плач, отсутствие улыбки. Агрессия раннего возраста – плевание, щипание, обзываются, дерутся, кусаются – действия совершаются импульсивно, неосознанно. Пассивная агрессия – негативизм, упрямство, отказы (говорить, есть), кусание губ, ногтей. В основе синдрома Каннера (синдром раннего детского аутизма) – скрытая агрессия. В основе детской агрессии – чувство незащищенности.

Агрессия в младшем школьном возрасте – по отношению к более слабым – насмешки, давление, ругательства, драки.

Агрессия у подростков – напрямую зависит от группы сверстников, направлена на самоутверждение.

Мужчины и мальчики демонстрируют более высокий уровень прямой и физической агрессии, а женщины – косвенной и вербальной.

Одним из ведущих факторов формирования агрессии является семейное воспитание. Родители, принимающие крайне суровые наказания, использующие чрезмерный контроль (гиперопека) чаще сталкиваются с детской агрессией (эпилептоидный характер). По данным А. Бандуры и Р. Уолтерса родители агрессивных мальчиков предъявляли меньше требования к их достижениям и меньше их ограничивали в детстве. Агрессивные мальчики больше привязаны к матерям, чем к отцам. Их матери – нетребовательны при низкой общей согласованности требований и недостаточной теплоте отношений; отцы – резкие, склонные часто наказывать детей. Родители агрессивных подростков чаще опираются на методы принуждения, родители контрольной группы – на убеждения.

Тема №4 Суицидальное поведение.

Суицид – осознанное лишение себя жизни. К суицидальному поведению относят также суицидальные покушения (акты не закончившиеся смертью по причинам, не зависящим от суицидента (обрыв веревки и т.д.)), проявления (мысли, высказывания, намёки). Выделяют также пресуицидальное поведение – намеренное самоповреждение, не приводящее к смерти. К. Меннингер выделил 3 составные части суицидального поведения при сочетании которых риск суицида резко возрастает:

- желание убить – ярость в ответ на помехи на пути реализации желаний;

- желание быть убитым – следствие упреков совести (в связи с первым желанием);

- желание умереть – «заснуть», отключиться, уйти.

Э. Шнейдман выделил общие черты суицидов:

1. Цель – поиск решения;
2. Задача – прекращение сознания;
3. Стимул – психическая боль;
- 4). Стрессор – фрустрированные потребности;
- 5). Эмоция – беспомощность – безнадежность;
- 6). Внутреннее отношение – амбивалентность;
- 7). Состояние психики – сужение когнитивной сферы;
- 8). Действие – бегство (агрессия);
- 9). Коммуникативное действие – сообщение о намерениях;
- 10). Закономерность – соответствие суицидального поведения общему стилю поведения.

Психологические факторы суицидального поведения (Короленко, Донских):

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, неумение ослабить фрустрацию, слабость компенсаторных механизмов;
- импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность, отсутствие жизненного опыта (неумение им пользоваться);
- чувство вины и низкая самооценка;
- сниженный эмоциональный фон в период конфликтов, затруднение в перестройке ценностных ориентаций.

Индикаторы («ключи» суицида)

Суицид можно предотвратить. Суицидальное поведение не наследуется. Женщины в 4 раза чаще мужчин совершают суицидальные попытки, мужчины в 3 раза чаще доводят дело до конца. 80% суицидентов сообщают прямо или косвенно о своих намерениях.

Поведенческие индикаторы:

1. Увеличение употребления психоактивных веществ и алкоголя;
2. Самоизоляция;
3. Резкое снижение активности;
4. Изменение привычек: несоблюдение правил личной гигиены;
5. Чтение литературы на тему смерти и самоубийства;
6. повторное прослушивание печальной музыки;
7. «Приведение дел в порядок» (завещание, письма и т.д.);
8. Неоправданно рискованные поступки;
9. Расставание с дорогими вещами и деньгами.

Коммуникативные индикаторы:

1. Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Не хочу больше жить», «Скоро все закончится»);
2. Шутки о бессмысленности жизни;
3. Прощание с близкими.

Когнитивные индикаторы.

1. Разрешающие установки относительно суицида;
2. Негативная оценка себя, своей жизни, будущего;
3. «Туннельное видение».

Эмоциональные индикаторы.

1. Амбивалентность по отношению к жизни;
2. Безразличие, подавленность;
3. Депрессия;
4. Растерянность, рассеянность;
5. Ненависть по отношению к себе;
6. Чувство вины.

На первой встрече нужно:

1. Установить эмпатический контакт;
2. Поддержать и дать выразить чувства;
3. Дать надежду на улучшение;
4. Быть понимающим и заботливым;
5. Подчёркивать, что переживания естественны.

Нельзя:

1. Давать невыполнимые обещания;
2. Говорить: «На все воля Божья»,
«Вы должны держаться ради детей»;
3. Рационализировать события.

Рекомендации руководителя клиники в США доктора Меннингера для психологов, работающих с суицидентами (мировоззренческие установки):

- специалист не может нести ответственность за действия клиента вне стен кабинета;
- самоубийства иногда происходят не смотря на заботливое отношение.

Тактика консультирования:

- необходима бдительность и готовность к неудаче;
- в рискованных ситуациях советуйтесь с коллегами;

Как реагировать на самоубийство клиента:

- исходите из того, что самоубийство всем причиняет боль;
- вы обретаёте важный опыт;
- позвольте себе выговориться с коллегами, друзьями, в семье
- скорбь – естественная реакция.

Прогностические критерии суицидального риска (Юрьева)

Факторы	Санкционирующие	Лимитирующие
Возраст	подростковый, 40-50 лет, пожилой	детский, до 40 лет
Пол	мужской	женский
Раса	белая	не белая
Семейное положение	одинокое, вдовье, разведенные	семейные
Социально-экономическое	периоды экономического	войны, революции

положение	кризиса, эмигранты	
Занятость	безработные, пенсионеры, заключенные	работающие
Профессия	психиатры, офтальмологи, анестезиологи, стоматологи, юристы, музыканты, военнослужащие	
Время	весна, осень	
Физическое здоровье	Наличие хронических инвалидизирующих заболеваний и заболеваний с летальным исходом	
Суицидальное поведение в прошлом	да (особенно 3-6 мес. после суицида)	нет
Заявление о суициде	да	нет
Психическое состояние	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ, аффективные расстройства, расстройства личности с агрессивным поведением	
Психопатологические синдромы	Депрессивный; депрессивно- параноидный; аффективно – бредовый; тревожно-фобический; галлюцинаторно- параноидный с вербальными императивными галлюцинациями; философская интоксикация	
Медикаментозные средства	Потенцирующие развитие депрессии (кортикостероиды, ризерпин, аминазин,	

	антигипертензивные, некоторые противораковые и противозачаточные)	
--	--	--

Тема № 5. Зависимое поведение.

В переводе с английского addiction – склонность, пагубная привычка. Если обратиться к историческим корням данного понятия, то лат. addictus – тот, кто связан долгами (приговорен к рабству за долги). В реальной жизни более распространены такие объекты зависимости, как: 1) психоактивные вещества (легальные и нелегальные наркотики); 2) алкоголь (в большинстве классификаций относится к первой подгруппе); 3) пища; 4) игры; 5) секс; 6) религия и религиозные культы.

В соответствии с перечисленными объектами выделяют следующие формы зависимого поведения:

- химическая зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость);
- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды);
- гемблинг – игровая зависимость (компьютерная зависимость, азартные игры);
- сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксбиционизм, вуайеризм, некрофилия, садомазохизм);
- религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлеченность в секту).

Общие признаки аддиктивного поведения.

Прежде всего, зависимое поведение личности проявляется в ее устойчивом *стремлении к изменению психофизического состояния*. Данное влечение переживается человеком как импульсивно-категоричное, непреодолимое, не насыщаемое. Внешне это может выглядеть как борьба с самим собой, а чаще – как утрата самоконтроля.

Аддиктивное поведение появляется не вдруг, оно представляет собой *непрерывный процесс формирования и развития аддикции* (зависимости). Аддикция имеет начало (нередко безобидное), индивидуальное течение (с усилением зависимости) и исход. Мотивация поведения различна на различных стадиях зависимости.

Ц.П. Короленко и Т.А.Донских указывают на типичные социально – психологические изменения, сопровождающие формирование аддикции. Первостепенное значение имеет формирование *аддиктивной установки* – совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни.

Аддиктивная установка выражается в появлении *сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции* (например, в беспокойстве о том, чтобы был постоянный запас сигарет, наркотика). Мысли и разговоры об объекте начинают преобладать. Усиливается механизм рационализации –

интеллектуального оправдания аддикции («все курят», «без алкоголя нельзя снять стресс», «кто пьет, того болезни не берут»). При этом формируется *магическое мышление* (в виде фантазий о собственном могуществе или всемогуществе наркотика) и *«мышление по желанию»*, вследствие чего снижается критичность к негативным последствиям аддиктивного поведения и аддиктивному окружению («все нормально»; «я себя могу контролировать»; «все наркоманы – хорошие люди»).

Параллельно развивается недоверие ко всем «другим», в том числе специалистам, пытающимся оказать аддикту медико – социальную помощь («они не могут меня понять, потому что сами не знают, что это такое»).

Аддиктивная установка приводит к тому, что *объект зависимости становится целью существования, а употребление – образом жизни*. Жизненное пространство сужается до ситуации получения объекта. Все остальное – прежние моральные ценности, интересы, отношения – перестает быть значимым. *Желание «слиться» с объектом* настолько доминирует, что человек способен преодолеть любые преграды на пути к нему, проявляя незаурядную изобретательность и упорство.

Для синдрома физической зависимости характерны следующие клинические признаки:

- непреодолимое желание употреблять психоактивные вещества;
- сниженный контроль за началом, окончанием или общей дозировкой их приема;
- употребление с целью смягчить синдром отмены (абстинентный синдром);
- повышение толерантности к наркотику (потребность в более высоких дозах);
- снижение ситуационного контроля (употребление в непривычных обстоятельствах);
- игнорирование других удовольствий ради приема наркотиков;
- психические расстройства или серьезные социальные проблемы вследствие употребления.

Одним из наиболее важных является вопрос о мотивации наркозависимого поведения. Среди мотивов первичного употребления можно выделить:

- атактические (достижения психологического комфорта и релаксации);
- субмиссивные (стремление к принадлежности и одобрению группы);
- гедонистические (получение специфического физического удовольствия);
- гиперактивации (повышение тонуса и активации);
- псевдокультурные (демонстрация какого – то качества, например взрослого поведения);
- познавательно-исследовательские (любопытство, стремление к новым впечатлениям).

В случае длительного сохранения аддиктивного поведения у кого – либо из членов семьи у родственников аддикта, в свою очередь, могут появляться серьезные проблемы и развиваться *состояние со-зависимости*. Под со – зависимостью понимают негативные изменения в личности и

поведении родственников вследствие зависимого поведения кого – либо из членов семьи. Имеются в виду такие взаимоотношения между зависимым членом семьи и родственниками (чаще - родителями), которые вызывают выраженные травматические изменения в психологическом состоянии последних. Это в свою очередь препятствует не только эффективному разрешению конфликтной ситуации в семье, но и самому процессу преодоления зависимости. Со – зависимость поддерживает зависимость.

В семье с со – зависимостью всегда нарушено распределение ролей и ответственности. Аддикт очень редко берет ответственность за свои поступки на себя. Он стремится свалить всю вину за происходящее на других.

В рамках отношений со – зависимости возможна ситуация негласного «взаимного договора» - «я закрываю глаза на твое употребление, а взамен ты делаешь то-то и то-то». Возможны и отношения по типу «параллельного существования». Члены семьи и аддикт делают вид, что каждый живет своей жизнью и в проблемы друг-друга абсолютно не вмешиваются.

Независимо от типа отношений неизбежно ухудшается самочувствие членов со – зависимой семьи. Члены семьи подвергаются следующим изменениям:

- собственное Я теряется, происходит фиксация на употреблении;
- поведение аддикта фактически полностью определяет эмоциональное состояние других членов семьи;
- преобладают аффекты ярости, вины, отчаяния;
- резко падает самооценка и самоуважение, например приходит ощущение «мы плохие, мы виноваты во всем»;
- усиливаются лже-роли: жертвы («за что мне такие мучения»), спасателя («я спасу его, чего бы мне это не стоило»);
- испытывается состояние эмоционального оупения и апатии; наступает изоляция;
- на фоне хронического стресса неуклонно ухудшается здоровье: обостряются соматические болезни, развивается депрессия.

К основным видам пищевой зависимости относят нервную анорексию и булимию.

У большинства пищевых аддиктов отмечаются: утрата контроля, расстройство схемы тела (касается чаще всего наиболее чувствительных областей – таких, как живот, ягодицы и верхняя часть бедер). С течением времени утрачивается восприятие голода и насыщения. Почти всегда имеет место *исключительно низкая самооценка*. В ходе заболевания и нарастающей кахексии круг интересов сужается, исчезают социальные связи и нарастает депрессивный сдвиг настроения. Наблюдаются также выраженные *ритуалы приема пищи и навязчивые мысли*, касающиеся в основном еды и калорий. Проявляется незначительный интерес к сексу и чрезмерное стремление к успехам.

Распространена следующая интерпретация: анорексия является *способом решения проблем путем снижения веса*. Согласно этой теории, с помощью голодания физические признаки полового созревания сводятся на

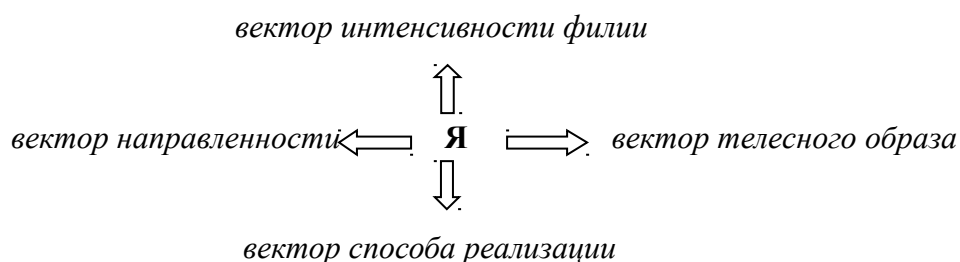
«нет», что позволяет девушке «оставаться ребенком» и уклоняться от свойственных возрасту психосексуальных требований.

Большинство девушек с невротической анорексией имеют устойчивое убеждение, что они «плохие, безобразные, неуспешные». В действительности данное нарушение чаще встречается именно у «хороших девочек». Нервную анорексию иногда называют болезнью отличниц.

Булимические личности обычно используют межличностные отношения как способ самонаказания. Источником потребности в наказании может быть бессознательная агрессия, направленная против родительских фигур. Эта ярость смещается на пищу, которая поглощается и разрушается. Люди с пищевой зависимостью в целом не могут регулировать удовлетворительным образом свои отношения, так что они смещают конфликты во взаимоотношениях на пищу.

Сексуальные девиации.

Любое сексуальное поведение будет располагаться в границах нормы, если оно: 1) основано на взаимном согласии; 2) не связано с использованием несовершеннолетних детей; 3) направлено на живого человека; 4) не отвечает общим признакам девиантности.



- а) Интенсивность: гиперсексуальность, асексуальное девиантное поведение;
- б) Направленность: педофилия, эфебофилия, геронтофилия, зоофилия, фетишизм, нарциссизм;
- в) способ реализации: садизм, мазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм;
- г) телесный образ: гомосексуализм, транссвестизм двойной роли, транссексуализм.

Сценарий «без радости» и зависимое поведение.

Клод Штайнер, ученик Э.Берна и основатель сценарного анализа считает, что в основе любой зависимости лежит сценарий «без радости» (1 из трех трагических сценариев; другие два: депрессия - «без любви», психозы - «без ума»).

Сценарий «без радости» формируется в процессе отчуждения своего тела и блокирования эмоций. С детства современных людей учат, что все приятное – плохо (например, секс). В норме тело само распознает через ощущение, что для него вредно, что – полезно. Это происходит когда у человека хорошая связь его Я с телом – он центрирован. В противном случае человек перестает распознавать полезное и вредное. Сильно действующие наркотические вещества (объекты зависимости: игра, пища и т.д.) являются коротким путем к центрированию. Они на короткое время восстанавливают

связь между Я и телом (например, ЛСД вызывает яркие зрительные образы), но их эффект временный и они вызывают привыкание. Запреты и предписания родителей приводят к «отключению» ребенка от его тела. Такой человек не испытывает удовольствия – его жизнь безрадостна, он игнорирует или заглушает боль поэтому не способен позаботиться о своем теле.

Самый сильный удар по целостности человека – запрет на проявление чувственности в детском возрасте. Все сенсорные системы ограничивают рамками рационального мышления, эйдетическая память ребенка обедняется до восприятия взрослого. Органам чувств указывают не только как воспринимать, но и что воспринимать (ребенку запрещают видеть наготу, видеть и слышать секс).

Установить связь с телесными ощущениями – значит достичь центрированности. Легче всего это сделать через дыхание, так как эту произвольную функцию можно контролировать сознательно. Обычно мы дышим поверхностно. Глубоко вдыхая сначала в нижние доли легких («животом»), затем - в средние («грудью»), а затем - в верхние («плечами»), мы вызываем гипервентиляцию. В результате мы начинаем чувствовать отчужденные части тела.

Неполный вдох или выдох – это короткое частое дыхание и хроническая нехватка кислорода в организме. «Вдыхальщики» никогда до конца не очищают свои легкие. Если им это удастся, они делают сильный выдох или закашливаются. С легкими, наполненными воздухом, легко кричать, но трудно плакать или шептать. «Выдыхальщики» никогда не наполняют свои легкие до конца. В таком состоянии легко плакать или шептать и тяжело говорить громко и убедительно. К.Штайнер, работая с клиентами, которым трудно выражать нежные чувства, просит их сделать несколько выдохов, а людей, которым нужно выразить гнев, просит несколько раз вдохнуть.

Тема №6. Делинквентное поведение.

Понятие происходит от латинского *delinquens* – «проступок, провинность». Под этим термином мы будем понимать противоправное поведение личности – *действия конкретной личности, отклоняющиеся от установленных в данном обществе и в данное время законов, угрожающие благополучию других людей или социальному порядку и уголовно наказуемые в крайних своих проявлениях.*

В рамках клинических исследований представляет интерес комплексная систематика правонарушений В.В.Ковалева, построенная по нескольким осям. На социально – психологической оси – антидисциплинарное, антиобщественное, противоправное; на клинко-психопатологической – непатологические и патологические формы; на личностно-динамической – реакции, развитие, состояние.

Среди подростков, совершивших правонарушения, А.И.Долгова, Е.Г.Горбатовская, В.А. Шумилкин и др. в свою очередь выделяют следующие три типа:

1) *последовательно-криминогенный* – криминогенный «вклад» личности в преступное поведение при взаимодействии с социальной средой является решающим, преступление вытекает из привычного стиля поведения, оно обуславливается специфическими взглядами, установками и ценностями субъекта;

2) *ситуативно-криминогенный* – нарушение моральных норм, правонарушение непроступного характера и само преступление в значительной степени обусловлены неблагоприятной ситуацией; преступное поведение может не соответствовать планам субъекта, быть с его точки зрения эксцессом; такие подростки совершают преступления часто в группе в состоянии алкогольного опьянения, не являясь инициаторами правонарушения;

3) *ситуативный тип* – незначительная выраженность негативного поведения; решающее влияние ситуации, возникающей не по вине индивида; стиль жизни таких подростков характеризуется борьбой положительных и отрицательных влияний.

Согласно Р.Мертону, некоторые люди не могут отказаться от делинквентного поведения, потому что в нынешнем обществе потребления подавляющее большинство любой ценой стремится к доходу, потреблению и успеху.

Социальной причиной антиобщественного поведения конкретной личности также может быть *склонность общества навешивать ярлыки*. В ряде случаев устойчивое антиобщественное поведение формируется по принципу порочного круга: первичное, случайно совершенное преступление – наказание – опыт насильственных отношений (максимально представленный в местах заключения) – последующие трудности социальной адаптации вследствие ярлыка «преступника» – накопление социально-экономических трудностей и вторичная делинквентность – более тяжкое преступление – и т.д.

В.Н.Кудрявцев указывает на *состояние отчуждения преступника от своей среды*, возникающее уже в раннем возрасте. Так, 10% агрессивных преступников считали, что мать их не любила в детстве (в «нормальной» выборке только 0, 73%).

Суммируя литературные данные, можно перечислить следующие микросоциальные факторы, вызывающие делинквентность:

- фрустрация детской потребности в нежной заботе и привязанности со стороны родителей (например, чрезвычайно суровый отец или недостаточно заботливая мать), что в свою очередь вызывает ранние травматические переживания ребенка;
- физическая или психологическая жестокость или культ силы в семье (например, чрезмерное или постоянное применение наказаний);
- недостаточное влияние отца (например, при его отсутствии), затрудняющее нормальное развитие морального сознания;
- острая травма (болезнь, смерть родителя, насилие, развод) с фиксацией на травматических обстоятельствах;

- потворствование ребенку в выполнении его желаний; недостаточная требовательность родителей, их неспособность выдвигать последовательно возрастающие требования или добиваться их выполнения;
- чрезмерная стимуляция ребенка – слишком интенсивные любовные ранние отношения к родителям, братьям и сестрам;
- несогласованность требований к ребенку со стороны родителей, вследствие чего у ребенка не возникает четкого понимания норм поведения;
- смена родителей (опекунов);
- хронически выраженные конфликты между родителями (особенно опасна ситуация, когда жестокий отец избивает мать);
- нежелательные личностные особенности родителей (например, сочетание нетребовательного отца и потворствующей матери);
- усвоение ребенком через научение в семье или в группе делинквентных ценностей (явных или скрытых).

Переживая фрустрацию, ребенок испытывает *боль*, которая при отсутствии понимания и смягчения переходит в *разочарование* и *злость*. Агрессия привлекает внимание родителей, что само по себе важно для ребенка. Кроме того, используя агрессию, ребенок нередко добивается своих целей, управляя окружающими. Постепенно агрессия и нарушение правил начинают систематически использоваться как способы получения желаемого результата. Делинквентное поведение закрепляется.

Возрастная динамика частоты правонарушений проявляется следующим образом: возраст большинства преступников колеблется в пределах от 25 до 35 лет; количество преступлений неуклонно растет от 14 до 29; максимум случаев совершенства преступлений приходится на 29 лет; с 29 до 40 лет наблюдается постепенное снижение; после 40 лет преступления редки.

По детерминации можно выделить следующие группы подростков – правонарушителей.

Первую группу представляют подростки, у которых вследствие ряда причин оказываются *не развитыми высшие чувства* (совесть, чувство долга, ответственность, привязанность к близким) или представления о добре и зле, что искажает их эмоциональную реакцию на поступки.

Ко **второй группе** можно отнести подростков с *гипертрофированными возрастными реакциями*, что указывает на преходящий характер их оппозиционного и антисоциального поведения (при прочих благоприятных условиях).

Третью группу составляют те, кто устойчиво воспроизводит делинквентное поведение своего непосредственного окружения и для кого такое *поведение является привычно-нормальным* (с отрицательным образом самого себя, отсутствием навыков самоконтроля, слабо развитой совестью, потребительским отношением к людям)

К **четвертой группе** относят подростков с *психическими и невротическими расстройствами* (у них наряду с делинквентным поведением присутствуют болезненные симптомы или признаки интеллектуального недоразвития).

Наконец, выделяется **пятая группа** подростков, *сознательно выбирающих делинквентное поведение* (не страдающих психическими расстройствами, обладающих достаточным самоконтролем и понимающих последствия своего выбора).

Наиболее неблагоприятными прогностическими признаками (в плане дальнейшего формирования антиобщественного поведения) можно считать: отсутствие совести и чувства вины, патологическую лживость, потребительское отношение к людям, равнодушие, неряшливость, выраженную психопатологию.

При сочетании психического расстройства с определенными условиями можно ожидать возникновение патологического аффекта, существенно снижающего вменяемость человека, т.е. его способность осознавать свои действия и контролировать их.

Х.Ремшмидт в этиологии делинквентного поведения подростков выделяет легкие эмоциональные повреждения без признаков других психических заболеваний; выраженные эмоциональные нарушения, которые манифестируются стихами, тоской или насильственным способом поведения. Приведенные данные позволяют говорить о том, что аффективный профиль является одним из наиболее значимых свойств личности, связанных с антисоциальным поведением и зависящих в свою очередь от совокупности внутренних и внешних факторов.

Таким образом, по детерминации поведения можно выделить несколько основных групп делинквентных личностей:

ситуативный правонарушитель (противоправные действия которого преимущественно спровоцированы ситуацией);

субкультурный правонарушитель (нарушитель, идентифицировавшийся с групповыми антисоциальными ценностями);

невротический правонарушитель (асоциальные действия которого выступают следствием интрапсихического конфликта и тревоги);

«органический» правонарушитель (совершающий противоправные действия вследствие мозговых повреждений с преобладанием импульсивности, интеллектуальной недостаточности и аффективности);

психотический правонарушитель (совершающий деликты вследствие тяжелого психического расстройства – психоза, помрачения сознания);

антисоциальная личность (антиобщественные действия которой вызваны специфическим сочетанием личностных черт: враждебностью, неразвитостью высших чувств, неспособностью к близости).

А.И.Долгова на примере подростков выделяет насильственный и корыстный **типы деформации личности**. При *насильственном* типе имеет место стремление к самоутверждению, желание представить сильной, справедливой, отзывчивой натурой, всегда готовой прийти на помощь. Однако представления о справедливости у таких лиц искажены, их мораль, по сути дела, является моралью преступника. Для них типичны групповой эгоизм, тесная привязанность к неформальной группе, жестокость, культ силы, убежденность в правильности своего поведения. Для *корыстного типа*

более характерен не групповой, а индивидуальный эгоизм. У его представителей более дефектны ценностные ориентации, они полностью осознают противоправный характер своих действий. Таких подростков отличают скрытность, аморальность, наличие корыстных установок, более глубокая социальная запущенность.

Н.Ф.Кузнецова провела опрос с целью выявления мотивации законопослушания взрослых людей. Среди опрошенных 52,3% отметили свою убежденность в полезности законов и порядка; 27,4% - привычку соблюдать законы. Единичные ответы (от 4 до 1,5%) влияние примера других, страх утраты доверия окружающих, личный расчет, желание избежать осуждения. Только 0,9% респондентов в качестве мотива законопослушного поведения отметили страх наказания. У молодых людей страх наказания более выражен: его назвали 7% опрошенных. Однако в целом страх наказания не препятствует совершению преступления. По данным исследования 2 тыс. заключенных лишь 4% респондентов в момент совершения преступления задумывались о последующем наказании.

В случае антисоциального поведения могут действовать следующие бессознательные мотивы делинквентности:

- желания, требующие немедленного удовлетворения;
- переживание бессильного гнева, отчаяния – агрессии, ищущей разрядки;
- обида, требующая мщения;
- зависть, побуждающая к восстановлению справедливости;
- недоверие и стремление сохранять дистанцию;
- фантазии величия и всемогущества.

Социопатическая (антисоциальная) личность представляет собой психологический тип, описанный через глубинные психологические механизмы функционирования личности.

Искажение, прежде всего, связано с нарушением взаимоотношения между Эго и Супер-Эго. Супер-Эго (как критическая инстанция) может быть не сформировано, в других случаях оно может быть чрезмерно жестким – карающим. Наконец, Эго-идеал (как часть супер-эго) может содержать антисоциальные идентификации.

Н.Мак-Вильямс описывает социопатическую личность через *выраженную потребность ощущать власть над другими*. Это может проявляться как стремление влиять на людей, манипулировать ими, «подняться» над ними. Многие авторы отмечают, что данный характер связан с *базовой неспособностью к человеческой привязанности*.

Делинквенты не страдают от дискомфорта из-за своего поведения. Таким образом, основным механизмом саморегуляции социопатической личности является отыгрывание вовне внутреннего напряжения и негативных чувств. При этом у таких людей возникает моментальное побуждение к действию. Чтобы чувствовать себя бодро и хорошо, социопат нуждается в резком, более встряхивающем опыте. Особая конституция может объяснить постоянное стремление таких людей к острым ощущениям, их сниженную способность воспринимать педагогическое воздействие и обучаться социально-

приемлемому поведению, их невозможность получать удовольствие от обычных для других людей вещей – музыки, природы, хорошей работы.

Врожденно гиперактивному, требовательному или рассеянному ребенку необходимо значительно большее участие отцовской фигуры, чем это принято. Для отношений к таким детям со стороны родителей характерны: нестабильность, отсутствие дисциплины, потворство, эмоциональное непонимание, эксплуатация и иногда жестокость. Детство антисоциальных людей нередко отличается безнадзорностью, обилием опасностей и хаоса (хаотическая смесь суровой дисциплины и сверхпотворства; слабая мать и вспыльчивый садистичный отец; алкоголизм и наркотики в семье; семейные разрывы).

Для семей антисоциальных личностей в целом нетипично понимание и проговаривание своих чувств (явление алекситимии). В то время как большинство из нас используют слова для выражения собственной личности, социопаты применяют их для манипуляции. Родители оказываются неспособными отвечать на эмоциональные потребности ребенка. Окружающих людей социопаты любят, пока они способствуют удовлетворению, и ненавидят, как только они в нем отказывают. Из-за отсутствия полноценного Сверх-Я не существует и никаких внутренних требований, которые бы вызвали чувство вины. Хотя имеется интеллектуальное понимание последствий поведения, эмоциональное понимание отсутствует. Сиюминутное удовольствие важнее, чем угроза неудовольствия в будущем.

О.Кернберг отмечает психологическую неординарность самой группы «антисоциальная личность» и предлагает выделять в ней несколько диагностических подгрупп.

1. Собственно антисоциальное расстройство личности характеризуется прежде всего тяжелой патологией Супер-Эго. Это неспособность к ощущению вины и раскаяния; неспособность эмоционально привязываться (даже к животным); отношения, основанные на эксплуатации людей; лживость неискренность; слабость суждений и неспособность учиться на жизненном опыте; неспособность следовать жизненному плану. В одних случаях такое поведение может иметь активно-агрессивную форму (злобно-садистическую), в других – пассивно-паразитическую (эксплуатирующую).

2. Если собственно антисоциальное расстройство не выявлено, может иметь место так называемый злокачественный нарциссизм. Он проявляется в типичном нарциссическом расстройстве личности (грандиозность, превосходство Я), характерологически укорененной агрессии (садизме по отношению к другим или направленной на себя агрессии), параноидальных тенденциях и убежденности в собственной правоте. В отличие от антисоциальной личности как таковой при злокачественном нарциссизме сохраняется потенциал привязанности и участия к другим людям или ощущение вины такие люди могут понять наличие у других моральных убеждений, могут иметь реалистичное отношение к своему прошлому и планировать будущее.

3. Далее, антисоциальное поведение (в основном пассивно – паразитического типа) может встречаться в структуре просто нарциссического расстройства личности с преобладанием неспособности к длительной глубокой привязанности. Оно может проявляться в форме сексуальных аддикций; безответственности; эмоциональной или финансовой эксплуатации других.
4. Следующая группа включает антисоциальное поведение при других расстройствах личности (инфантильное, истероидное и др.).
5. В случае невротического расстройства личности антисоциальное поведение происходит из бессознательного чувства вины, что нередко может выглядеть как личная драма. Например, человек ворует мелкие предметы на работе, боясь разоблачения и увольнения.
6. Антисоциальное поведение можно рассматривать и как часть симптоматического невроза в форме подросткового бунтарства, нарушения адаптации под влиянием окружения, облегчающего перевод психических конфликтов в антисоциальное поведение.
7. Наконец, это могут быть диссоциальные реакции некритическая адаптация к социальной подгруппе с антисоциальным поведением.

Тема №7. Психологическая коррекция отклоняющего поведения личности

Основные подсистемы отклоняющегося поведения:

Девиантная мотивация – это материальные ценности, потребности, убеждения, личностные смыслы – все, что имеет значение для данного человека и побуждает его к аномативной активности. Человеческие потребности – нормальные, например, в комфорте или безопасности – становятся причинами отклоняющего поведения в тех случаях, когда личность испытывает дефицит в приемлемых способах их удовлетворения. Отклоняющееся поведение также может быть связано с дефицитом высших смыслообразующих и жизнеутверждающих ценностей, с духовным кризисом личности. Наконец, мотивация девиантного поведения может иметь форму агрессивных и саморазрушительных побуждений, враждебных установок и корыстно-эгоистических мотивов.

Другую группу причин составляют **эмоциональные проблемы** и тесно с ними связанные **трудности саморегуляции**. Отклоняющееся поведение, как правило, сопровождается негативными эмоциями или эмоциональными расстройствами, например агрессией или депрессией. Ведущую роль в происхождении девиантного поведения играет тревога. Эмоциональные проблемы порождают трудности релаксации (расслабления) и саморегуляции в целом. Нарушения также затрагивают регуляцию произвольных действий – целеполагание, планирование, оценку и самоконтроль. Саморегуляция, в свою очередь, может быть нарушена вследствие личностных особенностей, таких, как неразвитая речевая регуляция, низкая рефлексивность, заниженная самооценка.

Следующая группа причин отклоняющегося поведения включает **негативно – девиантный социальный опыт**. Это дезадаптивные

поведенческие стереотипы (привычки и навыки), когнитивные искажения и дефициты, подкрепляемые социальными условиями. Это также элементарное отсутствие в опыте индивида позитивных навыков (поведенческий дефицит), составляющих основу адаптивности личности.

Стратегические цели психологической помощи личности с отклоняющимся поведением:

- формирование конструктивной мотивации (позитивных ценностей, ориентации на выполнение социальных требований и самосохранение);
- интеграция индивидуального опыта;
- совершенствование саморегуляции;
- повышение стрессоустойчивости и расширение ресурсов личности;
- выработка жизненно важных умений;
- устранение или уменьшение проявлений дезадаптивного поведения;
- расширение социальных связей и позитивного социального опыта личности;
- повышение уровня социальной адаптации.

Более частными конкретными задачами психологического воздействия на отклоняющееся поведение личности могут выступать:

- устранение дефицита в поведенческих репертуарах;
- усиление адаптивного поведения;
- ослабление или устранение неадекватного поведения;
- устранение изнурительных реакций тревоги;
- развитие способности расслабляться;
- развитие способности самоутверждаться;
- развитие эффективных социальных навыков;
- достижение адекватного сексуального функционирования;
- развитие способности к саморегулированию.

Вопросом первостепенной важности является то, почему клиент обратился за помощью – *какова мотивация его обращения*. Нередко девианты обращаются за психологической помощью не для устранения дезадаптивного поведения, а для сохранения его, надеясь «обыграть» специалиста и задобрить родственников. На данном этапе будут уместны прямые вопросы: Что Вы хотите получить от нашего сотрудничества? Что Вы ожидаете от терапии? Чем я могу помочь вам? Также возможно использование приема раскрытия намерений с помощью уточняющих гипотез: «Вы обратились за помощью, потому что хотите успокоить ваших близких?»

Достаточно распространена методика конфронтации клиента на этапе заключения терапевтического контракта. При этом клиента побуждают убедить специалиста, что он действительно нуждается в помощи и желает изменений. Могут быть полезны следующие вопросы: Что плохого в таком поведении? Как вы реально пострадали от него? Кому и какой вред вы нанесли? Какую плату вы готовы заплатить за то, чтобы избавиться от него? Зачем вам это нужно?

Конфронтируя клиента (оказывая легкое сопротивление), мы стимулируем его личную ответственность за свое поведение.

Широко распространен прием оценки негативных последствий девиантного поведения. При этом клиента просят как можно подробнее. С конкретными примерами, рассказать о том, как он реально пострадал от своего поведения, какой вред он нанес своим близким и окружающим людям.

Эффективна методика проектирования будущего, которая предполагает подробное описание своего будущего при сохранении девиантного поведения и без него.

При достижении взаимопонимания переходят к заключению терапевтического договора. Договор регулирует отношения между участниками терапевтического процесса и является основным способом поддержания мотивации к изменениям на всем протяжении совместной работы. Он оформляется в виде письменного или устного контракта, содержащего цели, методы, условия, сроки работы, а также взаимные обязательства сторон. Выполнение договора обязательно для всех участников процесса. Стороны договариваются о своих действиях в случае нарушения контракта.

Методы коррекции эмоциональных состояний

Существуют два основных способа коррекции негативных эмоциональных состояний – уменьшение их силы (например, по методике систематической десенсибилизации), и выработка альтернативных реакций (например, в форме тренинга релаксации или уверенности).

Систематическая десенсибилизация, разработанная Д.Вольпе, включает в себя три элемента:

- а) обучение глубокой мышечной релаксации;
- б) выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу;
- в) предложение клиенту, пребывающему в состоянии релаксации, вообразить объекты из иерархии, вызывающие тревогу.

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть методики. *Иерархия тревог* – это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций). Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов оценивают следующим образом. Принимается, что оценка «0» соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка «100» соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов – субъективная шкала тревоги.

Ситуации, вызывающие тревогу, группируются по темам, например публичное выступление, сдача экзаменов, езда в общественном месте, общение с представителями противоположного пола. Стимулам и темам, которые наиболее часто нарушают функционирование клиента, надо уделять больше всего внимания. Работа может быть проделана совместно или самостоятельно (при выполнении домашнего задания).

Далее при проведении десенсибилизации клиента просят расслабиться и как можно реальнее вообразить сцены, связанные с тревожными ситуациями.

Если клиент не чувствует никакой тревоги, через 5-10 с консультант просит клиента прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30-50 с можно попросить клиента вообразить ту же самую сцену снова. Если эта сцена опять не вызывает чувства тревоги, консультант отменяет ее, в течение некоторого времени проводят процедуру расслабления и переходят к следующему пункту иерархии.

В тех случаях, когда клиент поднимает указательный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз.

Метод «наводнения» или имплозивная терапия заключается во внезапном предъявлении клиенту сцен, вызывающих у него чрезвычайно сильную тревогу. Если десенсибилизация направлена на торможение страха, то методика «наводнения», напротив, основана на максимальном переживании. В данном случае также составляется список пугающих ситуаций. Клиента просят с максимальной выразительностью вообразить ситуацию, вызывающую страх, свободно выражая все возникающие чувства. Цель терапевта – поддержание страха на максимально высоком уровне при переходе ко все новым и новым ситуациям из индивидуальной шкалы тревоги.

Процедуры прогрессирующей мышечной релаксации

Процесс обучения состоит из пяти основных этапов:

на первом – клиентов обучают фокусировать внимание на определенной группе мышц;

на втором – вызывать напряжение этой группы мышц;

на третьем – добиваются навыка фиксации, сохранения напряжения в течение 5-7 с;

на четвертом – проводится обучение освобождению от напряжения;

на пятом – внимание специально фокусируется на снижении напряжения в мышцах или на полной релаксации данной группы мышц.

Идентификация и коррекция дисфункциональных мыслей. Например, депрессия и химическая зависимость часто сопровождаются такими негативными убеждениями, как: «Я плохая (плохой)», «Меня нельзя любить», «У меня ничего не получается», «Я должна всем понравиться». При этом факты и оценки окружающих нередко противоречат суждениям клиента, но игнорируются им.

Негативные мысли и относящиеся к ним общие установки тщательно исследуются и идентифицируются: выявляются, получают название в терминах клиента, записываются. В следующей, проверочной, фазе логическая правильность и последовательность этих идей и установок подвергается критической оценке. Важно, чтобы клиент сам исследовал свое поведение и убедился в неадекватности дезадаптивных мыслей, а также о том, что они являются причиной многих его бед.

В заключение разрабатываются альтернативные возможности интерпретации и оценки, которые апробируются в реальных ситуациях.

Например, консультант просит клиента придумать и написать наиболее адекватные утверждения напротив каждой из дисфункциональных установок.

Использование издержек реакции (или **методика негативных последствий**) подразумевает, прежде всего, лишение человека подкрепляющих стимулов тогда, когда он демонстрирует нежелательное поведение. Подкрепляющими стимулами могут быть: любимые занятия, свободное время, подарки, сладости, одобрение и внимание окружающих, успех.

Другим вариантом издержек реакции являются негативные реакции окружающих людей на отклоняющееся поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций – осуждение (особенно групповое), выражение гнева, физическое наказание, угрозы.

Аверсивные методы относятся к более спорным технологиям, так как связаны с намеренным усилением страданий клиента. Они обычно применяются в клинической обстановке, а не в процессе консультирования. В основе аверсивного метода лежит воздействие, вызывающее выраженный дискомфорт: боль, страх, отвращение.

Позитивное подкрепление – главный метод изменения поведения. Условия успеха:

- подкрепление должно быть индивидуально значимым;
- подкрепление должно применяться систематически и немедленно вслед за желательным поведением;
- связь между желательным поведением и используемым при этом подкреплении должна быть достаточно четкой.

С целью формирования более позитивного поведения также используют программы жетонного подкрепления. Жетоны – это вещественные условные подкрепляющие стимулы. Последние могут выглядеть как право участия в интересной деятельности, ценные призы, лакомства и т.п. Программы жетонного подкрепления должны включать в себя четкие правила обмена, определяющие, какое количество жетонов требуется для получения подкрепляющих стимулов.

Вслед за отменой жетонного подкрепления может наблюдаться и уменьшение случаев желательного поведения. В связи с этим целесообразно постепенно сводить на нет жетонное подкрепление, заменяя его, например, похвалой и самоподкреплением.

Репетиция поведения – это один из методов профессионального консультирования, широко используемый в случаях отклоняющегося поведения. Данный метод может иметь форму тренинга, групповых игр, моделирования и разыгрывания ситуаций.

На первых этапах работы выявляются области, в которых клиенты испытывают трудности, и стимулируется мотивация к обучению. Далее определяются виды желательного поведения, наиболее адекватного в проблемных ситуациях. Затем клиентам предоставляется возможность потренироваться, реагируя на определенные ситуации в процессе ролевой игры (консультанты, как правило, играют роль «оппонентов»).

VII. Планы семинарских занятий.

Семинар 1. Классификации видов девиантного поведения. Социальные и биологические факторы девиантного поведения.

Вопросы для обсуждения:

1. Психологическая классификация видов девиантного поведения.
2. Медицинская классификация поведенческих расстройств.
3. Социальные факторы девиантного поведения.
4. Биологические предпосылки девиантного поведения.

Основная литература:

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.

Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения. М.: Учебное пособие для вузов, 2001.

Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб., 2003.

Семинар 2. Агрессивное поведение.

Вопросы для обсуждения:

1. Условия формирования агрессивного поведения.
2. Агрессия и делинквентное поведение.

Основная литература:

Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб, 1997

Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения подростков: клинико-психологические аспекты. СПб., 2005

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.

Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998.

Семинар 3. Суицидальное поведение.

Вопросы для обсуждения:

1. Типология суицидов.
2. Концепции суицидального и саморазрушающего поведения.
3. Возрастные особенности суицидального и саморазрушающего поведения.
4. Суицидальная мотивация.

Основная литература:

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.

Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М., 2001.

Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей катастрофе. Новосибирск, 1990.

Семинар 4. Зависимое поведение.

Вопросы для обсуждения:

1. Интернет-зависимость и компьютерная зависимость.

2. Гемблинг.
3. Химические зависимости.
4. «Любовная» зависимость.
5. Созависимость.

Основная литература:

Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения подростков: клинико-психологические аспекты. СПб., 2005.
Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб., 2003.
Руководство по аддиктологии (под редакцией В.Д.Менделевича). СПб.: Речь, 2007.
Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997.

Семинар 5. Делинквентное поведение.

Вопросы для обсуждения:

1. Условия и факторы формирования делинквентного поведения.
2. Противоправная мотивация.
3. Социопатическая личность.

Основная литература:

Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения подростков: клинико-психологические аспекты. СПб., 2005.
Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.
Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М., 1998.
Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М., 1991.

Семинар 6. Профилактика девиантного поведения.

Вопросы для обсуждения:

1. Формы профилактики девиантного поведения.
2. Профилактика аддиктивного поведения.
3. Профилактика суицидов.
4. Профилактика делинквентного поведения.

Основная литература:

Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М., 1993.
Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.
Демьянов Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: Пособие-практикум. СПб, 1999.

Семинар 7. Психотерапия и психокоррекция девиантного поведения.

Вопросы для обсуждения:

1. Психоаналитический подход к психотерапии девиантного поведения.
2. Когнитивно-поведенческий подход к коррекции девиантного поведения.
3. Методы НЛП в коррекции девиантного поведения.
4. Гештальт-подход к психотерапии девиантного поведения.
5. Экзистенциально-гуманистический подход к психотерапии девиантного поведения.
6. Методы эриксоновского гипноза в коррекции девиантного поведения.

Основная литература:

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008.

Нельсон Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб, 2000.

Штайнер К. Сценарии жизни людей. СПб: Издательство «Питер», 2003.

Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. СПб., 2005.

VIII. Самостоятельная работа студентов.

Методические рекомендации

Тема контрольной работы по дисциплине «Психология девиантного поведения» согласовывается с преподавателем либо назначается им. Контрольная работа выполняется в печатном виде при соблюдении следующих правил:

1. Шрифт Times New Roman, 14 пт.
2. Поля: верхнее 20мм, нижнее – 15мм, правое – 10мм, левое – 30мм.
3. Полуторный междустрочный интервал.
4. Графики, рисунки должны размещаться на отдельных страницах приложений.
5. Приложения размещаются в конце работы и не нумеруются.
6. Список литературы должен включать не менее 5 источников.
7. В списке литературы можно указывать сетевые источники с указанием адреса сайта и точного времени (даты) публикации.
8. Общий объем работы без приложений должен составлять не менее 10, не более 15 страниц.
9. Общая структура контрольной работы: титульный лист, содержание (оглавление), главы (части, подвопросы), список литературы, приложения.

Тематика контрольных работ студентов заочного отделения.

1. Сравнительный анализ медицинского и психологического подходов к феномену девиантного поведения.
2. Психологические концепции девиантного поведения.
3. Факторы формирования и основные проявления агрессивного поведения.
4. Психологические особенности суицидентов.
5. Роль семейного воспитания в формировании аддиктивного поведения.
6. Методы предупреждения антисоциального поведения.
7. Факторы формирования и коррекция сексуальных девиаций.
8. Профилактика и психокоррекция суицидального поведения.
9. Феномен созависимости.
10. Нехимические зависимости.
11. Химические зависимости.

- 12. Антисоциальная личность.
- 13. Профилактика и психотерапия аддиктивного поведения.
- 14. Профилактика и психокоррекция нехимических зависимостей.

IX. Контроль знаний.

Тесты.

1 вариант

- 1) К критериям девиантного поведения не относится:
 - А) Не соответствует общепринятым нормам
 - Б) Препятствует адаптации и самоактуализации
 - В) Формируется на основе психической патологии
 - Г) Стойко повторяется

- 2) Способ взаимодействия с реальностью лиц с зависимым поведением:
 - А) Борьба
 - Б) Уход
 - В) Болезненное противостояние
 - Г) Игнорирование

- 3) В.Д. Менделевич не относит к типам девиантного поведения:
 - А) Патохарактерологический тип
 - Б) Аддиктивный тип
 - В) Поведение на основе гиперспособностей
 - Г) Криминальный тип

- 4) К психологическим особенностям лиц с аддиктивными формами поведения не относят:
 - А) Внешнюю социабельность;
 - Б) Агрессивность
 - В) Сниженную переносимость повседневных трудностей
 - Г) Страх перед стойкими эмоциональными отношениями

- 5) Какое общественное явление В. Франкл не относит к массовой невротической триаде:
 - А) Агрессию
 - Б) Безработицу
 - В) Депрессию
 - Г) Наркоманию

- 6) Какой фактор в экзистенциальной терапии не относят к 4 экзистенциальным факторам:
 - А) Смерть

- Б) Изоляция
- В) Неудовлетворённость потребностей
- Г) Свобода

7) Раздражительность, накопительство, склонность к застреванию на аффекте характерно по З. Фрейду фиксации на:

- А) Анальной стадии
- Б) Оральной стадии
- В) Фаллической стадии
- Г) Латентной стадии

8) Среди мотивов первичного употребления психоактивных веществ не выделяют мотивы:

- А) Десенсибилизации
- Б) Атарактические
- В) Гедонистические
- Г) Псевдокультурные

9) Шантажные суициды наиболее характерны для лиц с:

- А) Психастеническими чертами характера
- Б) Истерическими чертами характера
- В) Шизоидными чертами характера
- Г) Параноидальными чертами характера

10) К «ключам» суицида не относится:

- А) Косвенное высказывание: «Они пожалеют, когда я уйду»
- Б) Несоблюдение правил личной гигиены
- В) Самоизоляция, уход от контактов

11) К формам профилактики девиантного поведения не относится:

- А) информирование
- Б) организация социальной среды
- В) контроль со стороны органов внутренних дел
- Г) организация деятельности, альтернативной девиантному поведению

12) Теория, которая утверждает, что девиации - это следствие наклеивания обществом ярлыков, называется:

- А) Концепция аномии
- Б) Теория стигматизации
- В) Теория дифференцированной ассоциации
- Г) Этологическая теория

13) Агрессия проявляется в громком требовательном плаче проявляется в:

- А) Младенческом возрасте
- Б) Раннем возрасте

- В) Дошкольном возрасте
- Г) Младшем школьном возрасте

14) Собственные, выработанные самостоятельно моральные принципы соответствуют по Л.Колбергу:

- А) Препреконвенциональному уровню
- Б) Конвенциональному уровню
- В) Постконвенциональному уровню

15) К психологическим факторам суицидального поведения не относят:

- А) Повышенную напряжённость потребностей
- Б) Чувство вины
- В) Завышенную самооценку
- Г) Эмоциональную неустойчивость

16) К признакам симптоматического поведения в системной семейной психотерапии не относят:

- А) Симптом не поддаётся контролю носителя
- Б) Симптом связан с нарушением психики
- В) Симптом закрепляется и поддерживается всеми членами семьи
- Г) Симптом даёт всем участникам семейного процесса психологическую выгоду

17) Сексуальное поведение располагается в границах нормы если оно:

- А) Основано на взаимном согласии
- Б) Не связано с использованием несовершеннолетних детей
- В) Не связано с сильными эмоциональными переживаниями
- Г) Направлено на живого человека

18) К сексуальным девиациям, расположенным на векторе направленности филии не относится:

- А) Педофилия
- Б) Зоофилия
- В) Садизм
- Г) Фетишизм

19) К трём глобальным социальным стратегиям воздействия на личность с зависимым поведением не относится:

- А) Репрессивная политика
- Б) Политика снижения вреда
- В) Политика игнорирования

20) Метод коррекции девиантного поведения, использующий обучение техникам релаксации, выстраивание иерархии тревог и воображение ситуаций, вызывающих тревогу в состоянии релаксации, называется:

- А) Систематическая десенсибилизация
- Б) Импульсивная терапия
- В) Аутогенная тренировка
- Г) Тренинг релаксации

2 вариант

- 1) К критериям девиантного поведения не относится:
 - А) Не соответствует общепринятым нормам
 - Б) Препятствует адаптации и самоактуализации
 - В) Соответствует общей направленности личности
 - Г) Связано с невозможностью реализации потребностей

- 2) Способ взаимодействия с реальностью лиц с девиантным поведением на основе гиперспособностей:
 - А) Борьба
 - Б) Уход
 - В) Болезненное противостояние
 - Г) Игнорирование

- 3) В.Д. Менделевич не относит к типам девиантного поведения:
 - А) Иждивенческий тип
 - Б) Аддиктивный тип
 - В) Поведение на основе гиперспособностей
 - Г) Психопатологический тип

- 4) К психологическим особенностям лиц с аддиктивными формами поведения не относят:
 - А) Стремление говорить неправду;
 - Б) Стремление уходить от ответственности при принятии решений
 - В) Сниженную переносимость повседневных трудностей
 - Г) Самоизоляцию

- 5) А. Маслоу, что девиантное поведение не связано с:
 - А) Фиксацией на низших потребностях
 - Б) Недоразвитием высших потребностей
 - В) Наследственными факторами
 - Г) Неблагоприятными социальными условиями

- 6) Какой фактор в экзистенциальной терапии не относят к 4 экзистенциальным факторам:
 - А) Смерть
 - Б) Отвержение матерью
 - В) Смысл
 - Г) Свобода

- 7) Нарциссизм, хвастовство характерно по З. Фрейду фиксации на:
- А) Анальной стадии
 - Б) Оральной стадии
 - В) Фаллической стадии
 - Г) Латентной стадии
- 8) Среди мотивов первичного употребления психоактивных веществ не выделяют мотивы:
- А) Субмиссивные
 - Б) Превосходства
 - В) Гедонистические
 - Г) Псевдокультурные
- 9) Суицид, связанный с кризисной ситуацией в жизни, личной трагедией называют:
- А) Аномическим
 - Б) Альтруистическим
 - Г) Эгоистическим
 - В) Демонстративным
- 10) К «ключам» суицида не относится:
- А) Прямое высказывание: «Я не хочу жить»
 - Б) Составление завещания
 - В) Наигранная весёлость
 - Г) Отчаяние, интерес к теме смерти в литературе
- 11) К формам профилактики девиантного поведения не относится:
- А) Активное социальное обучение социально-важным навыкам
 - Б) Систематическая десенсибилизация;
 - В) Организация здорового образа жизни
 - Г) Информирование
- 12) Наклеивание социальной группой ярлыков называется:
- А) Стигматизацией
 - Б) Десенсибилизацией
 - В) Ассоциированием
 - Г) Дифференцированием
- 13) Агрессия проявляется в плевании, щипании, кусании в:
- А) Младенческом возрасте
 - Б) Раннем возрасте
 - В) Дошкольном возрасте
 - Г) Младшем школьном возрасте

14) Ориентация в поступках на мнение большинства соответствует по Л.Колбергу:

- А) Преконвенциональному уровню
- Б) Конвенциональному уровню
- В) Постконвенциональному уровню

15) К психологическим факторам суицидального поведения не относят:

- А) Неумение ослабить фрустрацию
- Б) Низкий интеллект
- В) Бескомпромиссность
- Г) Низкую самооценку

16) К признакам симптоматического поведения в системной семейной психотерапии не относят:

- А) Симптом проявляется в любой ситуации
- Б) Симптом сильно влияет на всех членов семьи
- В) Симптом закрепляется и поддерживается всеми членами семьи
- Г) Симптом даёт всем участникам семейного процесса психологическую выгоду

17) Сексуальное поведение располагается в границах нормы если оно:

- А) Основано на взаимном согласии
- Б) Не связано с использованием несовершеннолетних детей
- В) Направлено на живого человека
- Г) В половом акте участвуют не более двух людей

18) К сексуальным девиациям, расположенным на векторе способа реализации фииии не относится:

- А) Педофилия
- Б) Мазохизм
- В) Садизм
- Г) Вуайеризм

19) К трём глобальным социальным стратегиям воздействия на личность с зависимым поведением не относится:

- А) Репрессивная политика
- Б) Политика переубеждения
- В) Политика ресоциализации

20) Методы коррекции девиантного поведения связанные с намеренным усилением страданий клиента называются:

- А) Систематической десенсибилизацией
- Б) Аверсивными методами
- В) Методами «наводнения»
- Г) Методами саморегуляции

3 вариант

- 1) К критериям девиантного поведения не относится:
 - А) Не соответствует общепринятым нормам
 - Б) Связано с нанесением вреда окружающим
 - В) Стойко повторяется
 - Г) Препятствует адаптации и самоактуализации

- 2) Способ взаимодействия с реальностью лиц с делинквентным поведением:
 - А) Борьба
 - Б) Уход
 - В) Болезненное противостояние
 - Г) Игнорирование

- 3) В.Д. Менделевич не относит к типам девиантного поведения:
 - А) Патохарактерологический тип
 - Б) Аддиктивный тип
 - В) Поведение на основе гиперспособностей
 - Г) Невротический тип

- 4) К психологическим особенностям лиц с аддиктивными формами поведения не относят:
 - А) Скрытый комплекс неполноценности
 - Б) Нерешительность
 - В) Стереотипность поведения
 - Г) Стремление обвинять других

- 5) В клиентцентрированной психотерапии в качестве причины девиантного поведения выделяется:
 - А) Блокирование самоактуализации за счёт сформированности условных ценностей
 - Б) Нарушение научения
 - В) Врождённые психические отклонения
 - Г) Потеря смысла

- 6) Какой фактор в экзистенциальной терапии не относят к 4 экзистенциальным факторам:
 - А) Изоляция
 - Б) Смерть
 - В) Стрессоустойчивость
 - Г) Свобода

- 7) Болтливость, частое курение характерно по З. Фрейду фиксации на:

- А) Анальной стадии
- Б) Оральной стадии
- В) Фаллической стадии
- Г) Латентной стадии

8) Среди мотивов первичного употребления психоактивных веществ не выделяют мотивы:

- А) Гиперактивации
- Б) Атарактические
- В) Избегания
- Г) Псевдокультурные

9) Суицид, совершаемый во благо других людей, называют:

- А) Аномическим
- Б) Альтруистическим
- Г) Эгоистическим
- В) Фаталистическим

10) К «ключам» суицида не относится:

- А) Шутки о бессмысленности жизни
- Б) Увеличение употребления психоактивных веществ и алкоголя
- В) Безразличие, подавленность
- Г) Гнев по отношению к близким

11) К формам профилактики девиантного поведения не относится:

- А) Активизация личностных ресурсов
- Б) Позитивное подкрепление
- В) Организация деятельности, альтернативной девиантному поведению
- Г) Информирование

12) Ч. Ломброзо связывал девиантное поведение с:

- А) Социальным окружением
- Б) Анатомическим строением
- В) Психологическими особенностями
- Г) Психическими расстройствами

13) Агрессия проявляется в насмешках, ругательствах, драках в:

- А) Младенческом возрасте
- Б) Раннем возрасте
- В) Дошкольном возрасте
- Г) Младшем школьном возрасте

14) Ориентация в поступках на поощрение и наказание соответствует по Л.Колбергу:

- А) Преконвенциональному уровню
- Б) Конвенциональному уровню
- В) Постконвенциональному уровню

15) К психологическим факторам суицидального поведения не относят:

- А) Стремление к эмоциональной близости
- Б) Импульсивность
- В) Затруднение в перестройке ценностных ориентаций
- Г) Неуверенность в себе

16) К признакам симптоматического поведения в системной семейной психотерапии не относят:

- А) Симптом закрепляется и поддерживается всеми членами семьи
- Б) Симптом сильно влияет на всех членов семьи
- В) Симптом проявляется только в присутствии членов семьи
- Г) Симптом не поддаётся контролю носителя

17) Сексуальное поведение располагается в границах нормы если оно:

- А) Не отвечает общим признакам девиантности
- Б) Не связано с использованием несовершеннолетних детей
- В) Не связано с использованием возбуждающих средств
- Г) Направлено на живого человека

18) К сексуальным девиациям, расположенным на векторе направленности филии не относится:

- А) Эфебофилия
- Б) Трансвестизм двойной роли
- В) Геронтофилия
- Г) Зоофилия

19) К трём глобальным социальным стратегиям воздействия на личность с зависимым поведением не относится:

- А) Репрессивная политика
- Б) Политика снижения вреда
- В) Политика изоляции

20) Метод коррекции девиантного поведения, заключающийся во внезапном предъявлении клиенту сцен, вызывающих у него чрезвычайно сильную тревогу, называется:

- А) Аверсивный
- Б) Систематической десенсибилизации
- В) Метод «наводнения» или импловзивная терапия
- Г) Тренинг релаксации

Х. Литература.

Основная литература:

Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). М.: Издательский центр «Академия», 2008

Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения. М.: Учебное пособие для вузов, 2001

Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб., 2003

Руководство по аддиктологии (под редакцией В.Д.Менделевича). СПб.: Речь, 2007

Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997

Дополнительная литература:

Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М., 1993

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб, 1997

Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения подростков: клинико-психологические аспекты. СПб., 2005

Змановская Е.В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход. СПб., 2005

Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998

Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей катастрофе. Новосибирск, 1990

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М., 1998

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс, 2001

Нельсон Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб, 2000

Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М., 2001

XI. Приложение.

Hand – test.

Предложен Э.Вагнером и соавторами в 1962 г. для открытого агрессивного поведения.

Испытуемому предъявляется десять картошек, на девяти из них изображены руки, десятая пустая. Испытуемого просят посмотреть на картошки и ответить на вопрос: «Что, по вашему мнению, делает эта рука?» или «Как вы думаете, что делает человек, которому принадлежит эта рука?». На десятой карточке испытуемого просят представить себе руку, а затем ответить на те же вопросы. При нечётком и двусмысленном ответе можно попросить пояснения без навязывания ответов.

Категории «Hand – test»а:

1) Агрессия (Аг.). Ответы, в которых рука представляется как нападающая, ранящая, приносящая ущерб, агрессивно доминирующая или активно хватающая кого-либо, или что-либо. Например: рука, «дающая пощёчину», «ударяющая», «толкающая», «хватаящая за нос», «ловящая мух», «захватывающая», «сжимающая», «выбивающая глаз», «дающая

шлепок ребёнку», «щипающая кого-то», «готовая нанести удар», «находящая в драке», «готовая к захвату», «хватаящая ужа», «ловящая насекомое», «крадущая фрукты» и др.

1) Директивность (Дир). Эта категория включает ответы, в которых рука представляется как ведущая или иным образом влияющая на другое лицо. Она может включить ответы, в которых рука представляется как общающаяся, однако общение вторично, по отношению к намерению оказать влияние на действия другого человека: проповедь, дача указаний, чтение лекции, обучение. Например, «дирижирование оркестром», «человек, говорящий: «Стоп!», «предупреждение», «дача указаний».

2) Страх (С). Ответы этой категории отражают страх перед возмездием. Наличие слишком большого их количества может говорить о тенденции к аутоагрессии.

Категория страха включает ответы, в которых рука выступает в качестве жертвы собственной агрессии. Она пытается предотвратить физическое насилие, направленное на её владельца. Это могут быть ответы, в которых рука наносит ущерб самому испытуемому. Например, «рука, душащая меня», «поднятая в страхе рука», «отражающая удар», выражающая просьбу: «Пожалуйста, не бей меня».

4) Аффектация (Аф). Руки представляются как делающие аффективный жест. Рука предлагает дружбу и помощь. Например, «привет», «пожатие рук», «добро пожаловать», «похлопывающая собачку», «протянутая для оказания помощи», «предлагающая цветы», «бросающая деньги в ящик для пожертвований». Все эти ответы демонстрируют благожелательное отношение, которое не характерно для категории (Ком). Ответы в категории (Аф) отражают способность к активной социальной жизни, желание сотрудничать для разделения эмоций.

5) Коммуникация (Ком). Это ответы, где рука общается или делает попытку общаться с лицом, которое представляется равным или превосходящим по значимости человеком. Коммуникатор нуждается в аудитории больше чем аудитория в нем. Примеры: «жестикаляция в разговоре», «отчаянная попытка быть понятым», «передача информации», «разговор руками», «жест, обозначающий прощание».

Разница между (Дир) и (Ком): «проповедование» - «попытка договориться».

6) Зависимость (Зв.) Рука ищет помощи со стороны окружения в данной категории ответы отражают, склонность быть ведомым. Примеры: «приветствующая рука», «просьба», «просьба подать руку», «отдавание чести офицеру», «принятие клятвы», «дайте, пожалуйста», «кто – то ожидает получить что-либо», «рука ребенка, хватающегося за кого-нибудь, чтобы не упасть».

7) Эксгибиционизм (Экс.) Рука нарочито проявляет себя. Примеры: «показывают кому-либо руку», «любуется ногтями», «танцует», «показывает кому-нибудь», «показывает кольцо», «женщина протягивает руку, чтобы

привлечь внимание». Эти тенденции являются эксгибиционистскими. Демонстративность поведения.

8) Калечность (Кл.). Деформированные, поврежденные, ущербные руки. Примеры: «рука, пораженная артритом», «сломанный большой палец», «сломанное запястье», «деформированные пальцы», «рука больного и умирающего человека», «один из пальцев выглядит как сломанный», «искалеченная рука». Эти ответы отражают чувство физической неадекватности.

9) Активный безличный (А-б) – моторная активность. Эти ответы отражают тенденцию к действию, где рука изменяет своё физическое положение или сопротивляется силе тяжести. Например, «махать», «продевать нитку в иголку», «тащить», «подбирать маленький предмет», «писать», «доставить кому-нибудь», «вязать», «шить», «плавать», «бросать что-то», «собирать что-нибудь».

10) Пассивный безличный (П-б) – пассивность. В этих ответах рука не изменяет своего положения и подчиняется силе тяжести. Например, «лежит отдыхая», «сушит ногти», «роняет что-то», «ждет».

11) Описание (О). Эти ответы содержат физическое описание руки и отношение к ней испытуемого. Например, «красивая рука», «некрасивая рука».

Карта	Время	Ответы

Если приходится обращаться к испытуемому за пояснением, это обозначается – Об.

Обработка полученных результатов:

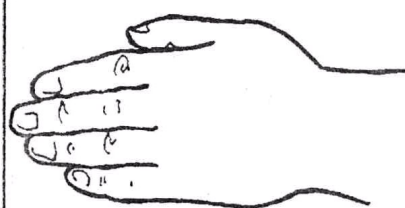
- 1) Подсчитывается общее количество ответов;
- 2) Подсчитывается количество ответов, относящихся к каждой категории;
- 3) Количество ответов, относящихся к данной категории, делится на общее количество ответов и умножается на 100%;
- 4) Подсчитывается сумма ответов, относящихся к категориям «агрессивность» и «директивность»;
- 5) Подсчитывается сумма ответов, относящихся к категориям «коммуникативность» и «зависимость»;
- 6) Две полученных суммы сравниваются между собой.

№1



№2

№3



№4

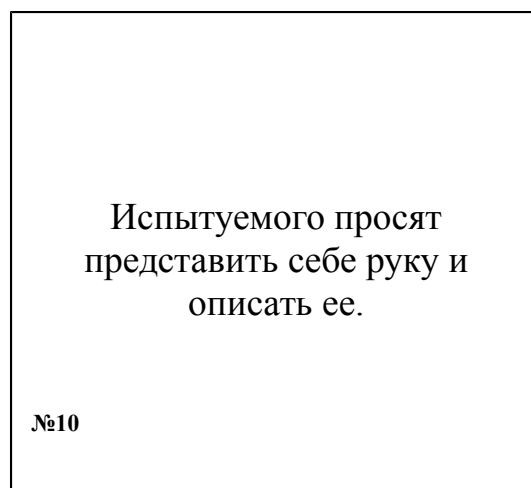
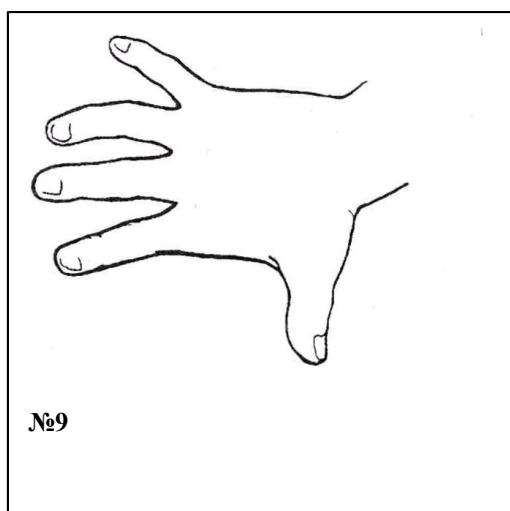
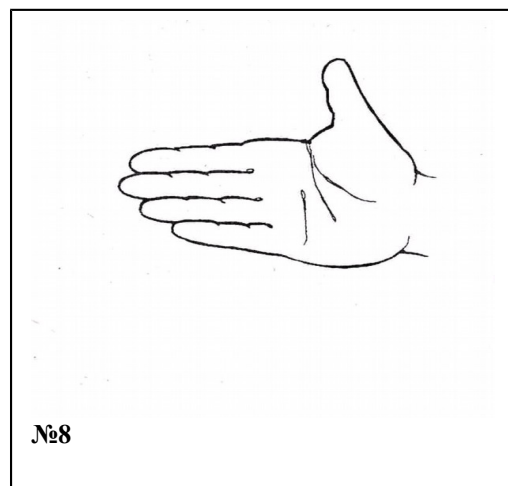
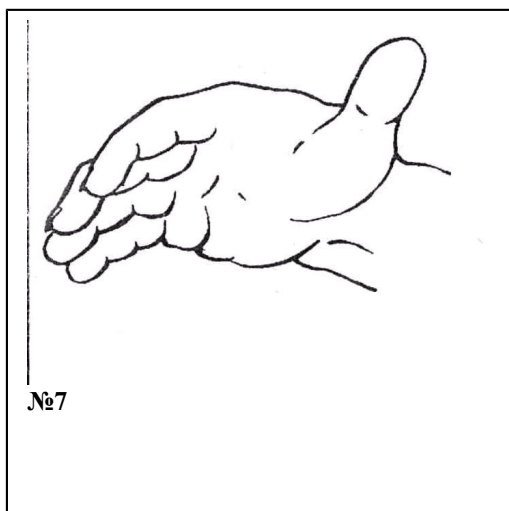


№5



№6





Девять гипотетических дилемм

Форма А

Дилемма III

В Европе женщина умирала от особой формы рака. Было только одно лекарство, которое, по мнению докторов, могло бы ее спасти. Это была форма радия, недавно открытая фармацевтом в этом же городе. Изготовление лекарства стоило дорого. Но фармацевт назначил цену в 10 раз больше. Он заплатил 400 долларов за небольшую дозу радия, а назначил цену 4000 долларов. Муж больной женщины Хайнц пошел ко всем своим знакомым, чтобы взять займы денег, и использовал все легальные средства, но смог собрать лишь около 2000 долларов. Он сказал фармацевту, что жена умирает,

и просил его продать дешевле или принять плату позднее. Но фармацевт сказал: «Нет, я открыл лекарство и собираюсь на нем заработать, используя все реальные средства». И Хайнц решил взломать аптеку и украсть лекарство.

Вопросы 2, 10 включены, чтобы выявить моральную ориентацию субъекта, и могут считаться необязательными.

1. Должен ли Хайнц украсть лекарство?
 - 1-а. Почему да или нет?
2. Хорошо или дурно для него украсть лекарство?
3. Есть ли у Хайнца обязанность или обязательство украсть лекарство?
 - 3-а. Почему да или нет?
4. Если бы Хайнц не любил свою жену, должен ли был украсть лекарство для нее?
 - 4-а. Почему да или нет?
5. Предположим, что умирает не его жена, а чужой человек. Должен ли Хайнц украсть лекарство для чужого?
 - 5-а. Почему да или нет?
6. (Если субъект одобряет кражу лекарства для чужого.) Предположим, что это домашнее животное, которое он любит. Должен ли Хайнц украсть, чтобы спасти любимое животное?
 - 6-а. Почему да или нет?
7. Важно ли для людей делать все, что они могут, чтобы спасти жизнь другого?
 - 7-а. Почему да или нет?
8. Воровать – противопоказано. Дурно ли это в моральном отношении?
 - 8-а. Почему да или нет?
9. Вообще, должны ли люди пытаться делать все, что они могут, чтобы повиноваться закону?
 - 9-а. Почему да или нет?
10. Этот вопрос является обязательным.
 - 10-а. Почему?

Дилемма III (1)

Хайнц залез в аптеку. Он украл лекарство и дал его жене. На следующий день в газетах появилось сообщение о грабеже. Офицер полиции м-р Браун, который знал Хайнца, прочитал сообщение. Он вспомнил, что видел, как Хайнц бежал от аптеки, и понял, что это сделал Хайнц. Полицейский колебался, должен ли он сообщить об этом .

Вопросы 1 и 2 являются необязательными. Если вы не хотите использовать их, начинайте с вопроса 3.

1. Должен ли офицер Браун сообщить о том, что кражу совершил Хайнц?
 - 1-а. Почему да или нет?
2. Предположим, что офицер Браун – близкий друг Хайнца. Должен ли он тогда подать рапорт о нем?
 - 2-а. Почему да или нет?

Офицер Браун сообщил о Хайнце. Хайнц был арестован и предстал перед судом. Были избраны присяжные. Работа присяжных – определить, виновен

или нет человек в совершении преступления. Присяжные признают Хайнца виновным. Дело судьи – вынести приговор.

Вопрос 6 поставлен с тем, чтобы выявить моральную ориентацию субъекта, и его можно считать необязательным.

3. Должен ли судья дать Хайнцу определенное наказание или он должен освободить его?
- 3-а. Почему то, что вы предлагаете, является наилучшим?
4. С позиции общества, должны ли люди, нарушающие закон, быть наказаны?
- 4-а. Почему да или нет?
- 4-б. Как это применить к тому, что должен решить судья?
5. Хайнец сделал то, что подсказала ему совесть, когда он украл лекарство. Должен ли нарушитель закона быть наказан, если он действовал по совести?
- 5-а. Почему да или нет?
6. Что, по вашему мнению, должен сделать судья?
- 6-а. Почему вы так считаете?

Вопросы 7-12 включены, чтобы выявить систему этических взглядов субъекта, и не должны рассматриваться как обязательные.

7. Что означает для вас слово «совесть»? Если бы вы были на месте Хайнца, как бы повлияла ваша совесть на решение?
7. Хайнцу необходимо принять моральное решение. На чем должно быть основано моральное решение: на чувствах или на обдумывании и размышлении о том, что правильно и дурно?
8. Является ли проблема Хайнца моральной проблемой? Почему?
- 9-а. Вообще, что превращает нечто в моральную проблему или что для вас означает слово «моральность»?
10. Если Хайнец собирается решить, что делать, путем размышления о действительно справедливом, должен быть некоторый ответ, правильное решение. Существует ли в действительности некоторое правильное решение для моральных проблем, подобных проблеме Хайнца, или, когда люди расходятся во мнениях, мнение каждого в равной мере справедливо? Почему?
11. Как вы поймете, что пришли к хорошему моральному решению? Есть ли способ мышления или метод, путем которого человек может достичь хорошего или адекватного решения?
12. Большинство считает, что мышление и рассуждение в науке могут привести к правильному ответу. Верно ли это для морального решения или ответы различны?

Дилемма I

Джо – 14 – летний мальчик, который очень хотел поехать в лагерь. Отец обещал ему, что он сможет поехать, если сам заработает для этого деньги. Джо усердно работал и скопил 40 долларов, необходимых для поездки в лагерь, и еще немного сверх того, но как раз перед поездкой отец изменил свое решение. Некоторые его друзья решили поехать на рыбалку, а у отца не хватало денег. Он сказал Джо, чтобы тот дал ему накопленные деньги.

Джо не хотел отказываться от поездки в лагерь и решил не давать деньги отцу.

Вопросы 2, 3 и 11 включены, чтобы определить моральный тип субъекта, и являются необязательными.

1. Должен ли Джо отказаться отдать отцу деньги?
 - 1-а. Почему да или нет?
2. Имеет ли отец право уговаривать Джо отдать ему деньги?
 - 2-а. Почему да или нет?
3. Означает ли отдача денег, что сын хороший?
 - 3-а. Почему да или нет?
4. Является ли важным в этой ситуации тот факт, что Джо сам заработал деньги ?
 - 4-а. Почему да или нет?
5. Отец обещал Джо, что он смог бы поехать в лагерь, если бы он сам заработал деньги. Является ли обещание отца самым важным в этой ситуации?
 - 5-а. Почему да или нет?
6. Вообще, почему обещание должно быть выполнено??
7. Важно ли сдержать обещание кому-то, кого вы плохо знаете и, вероятно, не увидите снова?
 - 7-а. Почему да или нет?
8. О какой самой важной вещи должен был заботиться отец в своем отношении к сыну?
 - 8-а. Почему да или нет?
9. Вообще, что должно составлять авторитет отца в своем отношении к сыну?
 - 9-а. Почему?
10. О чем самом важном должен заботиться сын в своем отношении к отцу?
 - 10-а. Почему это – самое важное?
11. Что же, по вашему мнению, должен сделать Джо в этой ситуации?
 - 11-а. Почему?

Примечание. Моральные задачи могут предлагаться письменно или устно как в ходе индивидуальной беседы, так и в форме групповой дискуссии. Методика одинаково успешно может использоваться как для диагностических, так и для коррекционно-развивающих целей. Организатор исследования должен свободно владеть материалом (особенно вопросами).

Форма В

Дилемма IV

У одной женщины была очень тяжелая форма рака, от которой не было лекарства. Доктор Джефферсон знал, что ей осталось жить 6 месяцев. Она испытывала ужасные боли, но была так слаба, что достаточная доза морфия позволила бы ей умереть скорее. Она часто бредила, но в спокойные периоды попросила доктора дать ей достаточно морфия, чтобы умереть. Хотя доктор Джефферсон знает, что убийство из милосердия противозаконно, он решил выполнить ее просьбу.

Вопросы 2, 5, 7 и 11 включены, чтобы выявить моральный тип субъекта, и являются необязательными.

1. Должен ли доктор Джефферсон дать ей лекарство, от которого бы она умерла?

- 1-а. Почему вы так считаете?
2. Правильно или дурно для него дать женщине лекарство, которое позволило бы ей умереть?
- 2-а. Почему это правильно или дурно?
3. Должна ли женщина иметь право принять окончательное решение?
- 3-а. Почему да или нет?
4. Женщина замужем. Должен ли ее муж вмешиваться в решение ?
- 4-а. Почему да или нет?
5. Что должен сделать хороший муж в этой ситуации?
- 5-а. Почему?
6. Имеет ли человек обязанность или обязательство жить, когда он хочет покончить жизнь самоубийством?
7. Имеет ли доктор Дженефферсон обязательство или обязанность сделать лекарство доступным для женщины?
- 7-а. Почему да или нет?
8. Когда домашнее животное тяжело ранено и умирает, его убивают, чтобы избавить от боли. Применима ли та же самая вещь здесь?
- 8-а. Почему да или нет?
9. Доктор нарушит закон, если даст женщине лекарство. Является ли это также антиморально?
- 9-а. Почему?
10. Вообще, должны ли люди неукоснительно следовать закону?
- 10-а. Почему это – самое важное?
- 10-б. Как это применить к тому, что должен был сделать д-р Джефферсон?
11. Как вы считаете, что должен был сделать д-р Джефферсон?
- 11-а. Почему?

Дилемма IV(1)

Д-р Джефферсон совершил милосердное убийство. В это время проходил мимо д-р Роджерс. Он знал ситуацию и пытался остановить доктора Джефферсона, но лекарство уже было дано. Доктор Роджерс колебался, должен ли он сообщить о докторе Джефферсоне.

Вопрос 1 необязателен.

1. Должен ли доктор Роджерс сообщить о д-ре Джефферсоне?

1-а. Почему да или нет?

Д-р Роджерс сообщил о д-ре Джефферсоне. Д-р Джефферсон предан суду. Избраны присяжные. Работа присяжных – определить, виновен ли человек в совершении преступления. Присяжные находят, что д-р Джефферсон виновен. Судья должен вынести приговор.

Вопрос 7 необязателен.

2. Что должен судья: наказать д-ра Джефферсона или освободить его?
- 2-а. Почему вы считаете такой ответ наилучшим?
3. С точки зрения общественных норм должны ли люди, которые нарушают закон, быть наказаны?
- 3-а. Почему да или нет?
- 3-б. Как это применить к решению судьи?
4. Присяжные находят, что д-р Джефферсон по закону виновен в убийстве. Справедливо ли вынесение ему смертного приговора (наказание, возможное по закону)?
- 4-а. Почему да или нет?

5. Правильно ли всегда выносить смертный приговор?
- 5-а. Почему?
- 5-б. При каких условиях смертный приговор должен быть, по вашему мнению, вынесен?
- 5-в. Почему эти условия важны?
6. Д-р Джефферсон, давая женщине лекарство, сделал то, что подсказала ему совесть. Должен ли быть наказан нарушитель закона, если он действует по совести?
- 6-а. Почему да или нет?
7. Что, на ваш взгляд, должен был сделать судья в этой ситуации?
- 7-а. Почему?

Вопросы 8-13, выявляющие систему этических взглядов субъекта, необязательны.

8. Что означает слово совесть для вас? Если бы вы были д-ром Джефферсоном, что сказала бы вам ваша совесть при принятии решения?
9. Д-р Джефферсон должен принять моральное решение. Должно ли быть оно основано на чувстве или только на рассуждении о том, что справедливо и дурно?
10. Вообще, что делает проблему моральной или что означает для вас слово «нравственность»?
11. Если д-р Джефферсон размышляет над тем, что действительно правильно, должен быть какой-то ответ. Есть ли действительно некоторое правильное решение для моральных проблем, подобных той, с которой столкнулся д-р Джефферсон, или любое решение равно правильно? Почему?
12. Как вы узнаете, что пришли к справедливому моральному решению? Есть ли способ мышления или метод, путем которого можно достичь хорошего или адекватного решения?
13. Большинство людей считают, что мышление и рассуждение в науке может привести к правильному ответу. Верно ли то же самое для моральных решений или есть разница?

Дилемма I I

Джуди – 12-летняя девочка... Мать обещала ей, что она сможет пойти на специальный рок-концерт в их городе, если скопит деньги на билет, работая приходящей няней и немного экономя на завтраке. Она скопила 15 долларов на билет да еще дополнительно 5 долларов. Но мать изменила решение и сказала Джуди, что та должна потратить деньги на новую одежду для школы. Джуди была разочарована и решила любым способом пойти на концерт. Она купила билет, а матери сказала, что заработала всего 5 долларов. В среду она пошла на представление, а своей матери сказала, что провела день с другом. Через неделю Джуди рассказала своей старшей сестре Луизе, что она ходила на спектакль, а матери солгала. Луиза раздумывала, сказать ли матери о поступке Джуди.

Вопросы 3 и 11, относящиеся к определению морального типа, необязательны.

1. Что должна сделать Луиза: рассказать матери, что Джуди солгала о деньгах, или промолчать?
- 1-а. Почему да или нет?
2. Колеблясь, рассказать или нет, Луиза думает о том, что Джуди – ее сестра. Должно ли это влиять на решение Луизы?
- 2-а. Почему да или нет?
3. Если Луиза расскажет матери, значит ли это, что она хорошая дочь?
- 3-а. Почему да или нет?
4. Важен ли в этой ситуации тот факт, что Джуди сама заработала деньги ?

- 4-а. Почему да или нет?
5. Мать обещала Джуди, что она смогла бы пойти на концерт, если сама заработает деньги. Является ли обещание матери самым важным в этой ситуации?
- 5-а. Почему да или нет?
6. Почему вообще обещание нужно выполнять?
7. Важно ли сдержать обещание, данное кому-то, кого вы плохо знаете и вероятно увидите снова?
- 7-а. Почему да или нет?
8. Что самое важное, о чем должна заботиться мать в своих отношениях с дочерью?
- 8-а. Почему это – самая важная вещь?
9. Вообще, в чем заключается авторитет матери для дочери?
- 9-а. Почему?
10. О чем самом важном, по вашему мнению. Должна заботиться дочь по отношению к матери?
- 10-а. Почему эта вещь важна?
11. Что, по вашему мнению, должна была сделать Луиза в этой ситуации?
- 11-а. Почему?

Форма С

Дилемма V

Экипаж корейских моряков при встрече с превосходящими силами врагов отступил. Экипаж перешел мост через реку, в то время как враг был еще главным образом на другой стороне. Если бы кто-нибудь пошел на мост и взорвал его, то остальные члены команды, имея преимущество во времени, вероятно, могли бы убежать. Но человек, взорвавший мост, не смог уйти живым. Сам капитан – это человек, который лучше всего знает, как вести отступление. Он вызвал добровольцев, но их не оказалось. Если он пойдет сам, то люди, вероятно, не вернутся благополучно, он – единственный, кто знает, как вести отступление.

1. Должен ли был капитан приказать человеку пойти на задание или он должен был пойти сам?
- 1-а. Почему вы так считаете?
2. Должен ли капитан послать человека (или даже использовать лотерею), если это означает послать его на смерть?
- 2-а. Почему да или нет?
3. Должен ли был капитан пойти сам, когда это означает, что люди, вероятно, не вернутся обратно благополучно?
- 3-а. Почему да или нет?
4. Имеет ли капитан право приказать человеку, если он понимает, что это спасение для остальных?
- 4-а. Почему да или нет?
5. Имеет ли обязанность или обязательство идти на верную смерть человек, получивший приказ?
- 5-а. Почему да или нет?
6. Что заставляет спасать или защищать человеческую жизнь?
- 6-а. Почему это важно?
- 6-б. Как это применить к тому, что должен сделать капитан

7. (Следующий вопрос необязателен.) Как, на ваш взгляд, должен был поступить капитан?

7-а. Почему?

Дилемма VIII

В одной стране, в Европе, бедный человек по имени Вальжан не смог найти работу, не смогли этого ни его сестра, ни брат. Не имея денег, он украл хлеб и необходимое им лекарство. Его схватили и приговорили к шести годам тюрьмы. Через два года он сбежал и стал жить в новом месте под другим именем. Он скопил деньги и постепенно построил большую фабрику, платил своим рабочим самую высокую зарплату и большую часть своей прибыли отдавал на больницу для людей, которые не могли получить хороший медицинский уход. Прошло двадцать лет, и один моряк узнал во владельце фабрики Вальжане беглого каторжника, которого полиция искала в его родном городе.

Вопрос 7 необязателен.

1. Должен ли был моряк сообщить о Вальжане в полицию?

1-а. Почему да или нет?

2. Есть ли у гражданина обязанность или обязательство сообщать властям о беглом преступнике?

2-а. Почему да или нет?

3. Предположим, Вальжан был близким другом моряка? Должен ли он тогда сообщить о Вальжане?

4. Если о Вальжане сообщили и он предстал перед судом, что должен был сделать судья: послать его обратно на каторгу или освободить?

4-а. Почему вы так считаете?

5. С позиции общественных норм, должны ли люди, которые нарушают закон, быть наказаны?

5-а. Почему да или нет?

5-б. Как это применить к тому, что должен сделать судья?

6. Вальжан сделал то, что ему подсказала совесть, когда он украл хлеб и лекарство. Должен ли нарушитель закона быть наказан, если он действовал по совести?

6-а. Почему да или нет?

7. Что, по вашему мнению, должен сделать моряк?

7-а. Почему?

Вопросы 8-12, касаются системы этических взглядов субъекта, они необязательны для определения моральной стадии.

8. Что означает слово совесть для вас? Если бы вы были Вальжаном, что сказала бы вам ваша совесть?

9. Вальжан должен принять моральное решение. На чем должно быть основано моральное решение: на чувстве или умозаключении о правильном и дурном?

10. Является ли проблема Вальжана моральной проблемой? Почему?

10-а. Вообще, что делает проблему моральной и что означает слово «моральность» для вас?

11. Если Вальжан собирается решать, что нужно сделать, путем размышления о том, что в действительности справедливо, есть ли на самом деле какой-то ответ, правильное

решение? Есть ли действительно правильное решение моральных проблем, подобных проблеме Вальжана, или, когда люди не соглашаются друг с другом, мнение каждого в равной степени справедливо? Почему?

12. Как вы узнаете, что пришли к хорошему моральному решению? Есть ли способ мышления или метод, путем которого человек может достичь хорошего или адекватного решения?

13. Большинство людей считают, что умозаключения или рассуждения в науке могут привести к правильному ответу. Верно ли это для моральных решений и в чем их отличие?

Дилемма VII

Два молодых человека, братья, попали в трудное положение. Они тайно покинули город и нуждались в деньгах. Карл, старший, взломал магазин и похитил тысячу долларов. Боб, младший, пошел к старому в отставке: было известно, что помогает людям в городе. Этому человеку он сказал, что очень болен и ему необходима тысяча долларов, чтобы заплатить за операцию. Боб попросил этого человека дать ему деньги и обещал, что вернет их обратно, когда поправится. В действительности Боб вообще не был болен и не намеревался возвращать деньги. Хотя старик и не знал хорошо Боба, он дал ему деньги. Боб и Карл удрали из города – каждый с тысячей долларов.

Вопрос 8 предназначен, чтобы выявить моральную ориентацию испытуемого, и может считаться необязательным.

1. Что хуже: украсть, как Карл, или обмануть, как Боб?

1-а. Почему это хуже?

2. Что, по вашему мнению, хуже всего при обмане старого человека?

2-а. Почему это хуже всего?

3. Вообще, почему обещание должно выполняться?

4. Важно ли сдержать обещание, данное человеку, которого вы плохо знаете или никогда не увидите снова?

4-а. Почему да или нет?

5. Почему нельзя красть из магазина?

6. Какова ценность или важность прав собственности?

7. Должны ли люди беспрекословно повиноваться закону?

7-а. Почему да или нет?

8. Был ли старый человек безответственным, ссужая Бобу деньги?

8-а. Почему да или нет?

Концепция нравственного развития Л.Колберга.

Уровень	Стадия	Возраст	Основания морального выбора	Отношение к самоценности человеческого существования

Преконвенционный	0	0-2 года	делаю то, что приятно	
	1	2-3 года	подчиняюсь, чтобы избежать наказания	ценность человеческой жизни смешивается с ценностью предметов, которыми он владеет
	2	4-7 лет	делаю то, за что хвалят по принципу: «Ты-мне, я-тебе»	ценность человеческой жизни измеряется удовольствием, которое доставляет ребенку этот человек
Конвенционный	3	7-10 лет	поступаю так, чтобы избежать неодобрения близких, стараюсь быть (стать) «хорошим мальчиком»	ценность человеческой жизни измеряется тем, насколько человек симпатизирует ребенку
	4	10-12 лет	ориентация на авторитет, подчиняюсь авторитетам, избегаю чувства вины, выполняю долг	жизнь оценивается в зависимости от отношения авторитетных лиц
Постконвенционный	5	13 и старше	мораль, основания на признании прав человека и закона, принятого большинством	жизнь ценится с точки зрения её пользы для общества
	6	старше 18	индивидуальные, выработанные самостоятельно принципы	жизнь рассматривается как священная с позиции уважения к уникальным возможностям каждого человека

Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К.К. Яхин, В.Д.Менделевич)

Применяется с целью выявления признаков алкоголизма и бытовых форм пьянства.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те утверждения, с которыми не согласен.

1. Принято ли у Вас хранить в доме запасы спиртных напитков?
2. Легко ли Вас переспорить?
3. Откажитесь ли Вы от затеи выпить, если у Вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли Вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха на обмане попасться?
7. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства Ваших знакомых людей?
8. Бывает ли. Что Вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь драку?
9. Бывают ли у Вас периоды, когда Вы что-то делали, а потом не знали, что именно Вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о вас думают другие?
12. Вы считаете, что «длинные» тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты в том, что их мужья много пьют?
14. Ваши родственники часто были настроены против Ваших знакомых?
15. Считаете ли Вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?
16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах – это раздел юмора?
17. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?
18. Оправдываете ли Вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?
19. Думаете ли Вы в разгар застолья о том, чтобы «припасти» спиртное на утро?
20. Приходилось ли Вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором Вы сами не помните?
21. Прежде чем что-нибудь сделать, Вам обычно необходимо остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?
22. Может ли умеренно пьющий человек случайно попасть в медвытрезвитель?
23. Ослабевает ли Вас желание выпить после сытного обеда?

- 24.Считаете ли Вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?
- 25.Играете ли Вы в домино, в шашки во дворе после работы?
- 26.Меняют ли Ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?
- 27.Опохмеляетесь ли Вы?
- 28.Бывает ли, чтобы Вы не помнили на утро то, что делали в нетрезвом виде накануне?
- 29.Ограничиваете ли Вы гостей в выпивке у себя дома?
- 30.Часто ли на следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете?
- 31.Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось Вам окончательным?
- 32.Приходилось ли Вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?
- 33.Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
- 34.После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
- 35.Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?

Обработка: выбранные ответы анализируют на основании диагностических таблиц, суммируя полученные баллы (коэффициенты) по всем вопросам.

Таблица диагностических коэффициентов

Вопрос	Да	Нет	Вопрос	Да	Нет
1	-2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	3,5	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Интерпретация: уровень алкоголизма – ниже 12,8 баллов; уровень бытового пьянства от +12,8 до – 12,8; уровень здоровья – выше 12,8 баллов.

Упражнение на эффект стигматизации и на выявление социальных установок «Конференция».

Инструменты:

Набор табличек по количеству участников, набор булавок (с указанием социального статуса)

1. Таблички выбирают вслепую, затем сосед прикрепляет табличку к спине с булавкой (участник не видит что на ней написано).
2. Инструкция: вы приехали на большую конференцию и всем нужно расселиться в гостинице. Вы расселяетесь в 3 или 4 местные номера и выбираете себе соседей. Сейчас у вас есть 5-7 минут, чтобы присмотреться друг к другу и заселиться в номера.
3. Итак, вы расселились. Но в один день в гостинице случился потоп и ваши номера затопило. Теперь вам нужно расселиться в 7 или 8 местные номера. У вас 5 минут на это.
4. Обсуждение. Вопрос к каждому:
 - 1) Как вы себя ощущали во время упражнения?
 - 2) Каков ваш статус, как вы думаете?
 - 3) По какому принципу вы выбирали соседей?
 - 4) Как это соотноситься с вашей жизнью?

Содержание

I.	Введение.....	3
II.	Объем дисциплины и виды учебной работы.....	4
III.	Форма итогового контроля.....	4
IV.	Рабочая программа.....	4
V.	Тематический план занятий.....	6
VI.	Краткий курс лекций.....	7
VII.	Планы семинарских занятий.....	34
VIII.	Самостоятельная работа студентов.....	36
IX.	Контроль знаний студентов.....	37
X.	Литература.....	46
XI.	Приложение.....	46