

•
Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Амурский государственный университет»

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

сборник учебно-методических материалов

для направления подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование

2017 г.

•

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Составитель: Закаблук А.Г.

Профилактика зависимости от психоактивных веществ детей и подростков: сборник учебно-методических материалов для направления подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 20 17. – 129 с.

© Амурский государственный университет, 20 17

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

©Закаблук А.Г., составление

•

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	107
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов;	109- 129

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Лекция 1 История распространения психоактивных веществ в процессе развития обще

Понятия «наркомания», «наркотики», «наркоман» стали частью жизни человечества и особой проблемой совсем недавно, в XX веке, во второй его половине. Понятие наркомании, как особой сферы социальной патологии, стало обозначать социально-биологическую угрозу, имеющую глобальный масштаб и характер. Появление отдельной области медицины, сотен наркологических клиник и лечебниц, тысячи смертей от наркотиков, причем часто самых лучших представителей общества, мировой наркоторговли, имеющий самый крупный денежный оборот и самую сильную мафию, угроза генофонду, специальные политические программы, комитеты и общества по борьбе с наркотиками, наконец, целые направления в искусстве, связанные с наркотической культурой, такие, как «психоделия» или «acid», наркоманский сленг и т. д. — все это феномены второй половины XX века, когда наркомания стала обиходным понятием, а ее угроза оставила далеко позади опасность алкоголизма или психических заболеваний.

За последние 100 лет наркомания из проблемы, бывшей предметом узкой области медицины - психиатрии, перешла в разряд общесоциальных проблем, требующих комплексного изучения. И, конечно же, разрешения, которое кажется едва ли возможным без высокого теоретического уровня социально-философского анализа. По данным группы экспертов ВОЗ, в современном мире отмечается непрерывная тенденция к увеличению числа лиц, принимающих наркотические препараты, возрастает употребление наркотиков молодежью, активизируется употребление нетрадиционных наркотиков, широкое распространение получают синтетические наркотики, в употребление наркотиков вовлекаются представители всех социально-экономических групп общества. Особую тревогу вызывает ее распространение среди подрастающего поколения, потому что детская и подростковая наркозависимость создает устойчивую базу для развития взрослой наркомании.

По мнению футурологов, проблема наркотиков представляет собой самую большую из угрожающих сегодня нашему обществу опасностей, а в ближайшие десятилетия принесет ущерб, превышающий все беды, которые только случались в истории человечества.

Ни одна нация или народ, где бы они ни жили, и как бы ни прочны были демократия и государственный строй, не обладают иммунитетом к пагубным последствиям злоупотребления наркотиками и последствиям наркоторговли. Особенно уязвимы в этом отношении страны со слабой социальной и государственной организацией. В России и Бангладеш проблема нелегального оборота наркотиков и распространение злоупотребления ими совпали в 90-е годы.

Наркомания как социальная проблема тесно связана с историей немедицинского употребления наркотических веществ. Поскольку исторически статус такого употребления изменялся, менялось и проблемное поле исследования и само проблемное видение данного феномена.

•

В древние времена, когда подобного рода практики находились в рамках культоритуальной деятельности и были жестко регламентированы, наркомании как проблемы не существовало. Принятие опьяняющих напитков или наркотических веществ описывалось с точки зрения приобщения к божественному миру (сома, амброзия, амрита и т.д.). Когда потребление наркотиков оставалось уделом богемы, наркомания по-прежнему не выступала в качестве социального зла. Однако это не мешало отдельно взятым художникам, поэтам, литераторам выносить свое суждение, порой весьма логично выстроенное и обоснованное, по поводу наркотиков, которое могло варьироваться от восхищения до предостережения и проклятия (Ш. Бодлер, Т. Готье, Т. Де Квинси и др.). После того, как наркотики начинают проникать в массы, и злоупотребление ими захватывает дно общества, отношение к наркотикам и наркотической зависимости становится преимущественно негативным.

В эпоху так называемой «психоделической революции» возникает своеобразная «философия» употребления психоделиков и наркотических веществ, связанная с идеей «расширения сознания» (О. Хаксли, Т. Лири и т.д.). Однако определенное раскрепощение нравов, как утверждает, привело к массовому употреблению наркотиков не столько из некоего познавательного или религиозного импульса, сколько из гедонистических соображений (наравне со многими другими явлениями современной цивилизации, прежде всего массовой культуры), что резко обострило проблему связи наркомании с девиантным поведением, научный анализ которой еще нельзя назвать исчерпывающим. Становление наркомании как массового феномена вызвало ужесточение мер по борьбе с наркоманией и резкое противопоставление наркоманов обществу, что предопределяет и теоретическое осмысление данной проблемы сегодня. Идея борьбы и искоренения этого социального недуга доминирует в большинстве современных исследований. При этом проблема профилактики наркомании, предотвращения возникновения наркотического пристрастия остается на сегодняшний день недостаточно освещена.

Рассматривая наркоманию как социальную проблему, можно анализировать ее через категорию «ущерб». Всего по категории ущерба можно выделить три группы факторов - медицинский ущерб, социальный ущерб, потери системы образования.

Для *образовательной среды* это выглядит следующим образом:

ухудшение криминогенной обстановки в образовательной и микросоциальной среде;
снижение внутришкольной дисциплины и общей успеваемости учащихся и студентов;
распространение идеологии наркоманической среды и связанное с этим искажение иерархии ценностей у детей и молодежи.

Как итог этих потерь:

незавершенное среднее и высшее образование (в том числе зачастую - незаконченное основное общее образование);

- нереализованное среднее образование;
снижение числа лиц, получающих профессиональное образование.

Медицинский ущерб включает в себя не только весь шлейф последствий наркомании - гепатит, СПИД, заболевания, полученные половым путем (ЗПП), и др.; следует дополнительно отметить рост общей заболеваемости, значительно возросшее число самоубийств среди детей и подростков, а также отвлечение от задач оздоровления учащихся огромных материальных средств, необходимых для лечения наркоманов.

Социальный ущерб, проявляющийся во всем негативном многообразии и в образовательных учреждениях, сводится к следующему:

- криминализация общества;
- распространение субкультуры наркозависимых;
- деформация иерархии общественных ценностей;
- ухудшение демографических показателей (в т.ч. снижение рождаемости уже в ближайшем будущем).

Наркомания - мировая социальная проблема, война, уносящая миллионы жизней, и, как любая другая война, уничтожающая генофонды наций. В этом определении нет преувеличений. В последние десять лет театром военных действий стала Россия и страны СНГ. Правительства наших стран все еще не понимают масштабов катастрофы. В это время наркоторговцы, органы внутренних дел, здравоохранение и масса других людей зарабатывают деньги на торговле, прикрытии, лечении и других действиях, связанных с оборотом наркотиков. Основная причина, по которой наркоманию во всем мире считается непобедимой, состоит в том, что она выгодна людям по обе стороны баррикад. Разница между нами и остальным миром лишь в том, что в силу своей социальной и экономической ситуации Россия не может позволить себе проиграть и эту войну.

Социальная наркомания – проблема емкая и многоплановая. Она ведет к крайне негативным последствиям экономического, социального, нравственного, правового, медицинского характера. Наркомания оказывает прямое влияние на ухудшение социально-психологической атмосферы общества, тормозит социально-экономическое ускорение и осуществление прогрессивных преобразований.

Социальная наркомания – болезнь общества. Наркотики отнимают у общества трудоспособных людей. У наркоманов отсутствует интерес к общественной жизни, да и к жизни вообще. Они превращаются в животных, которые существуют только для удовлетворения своих низменных потребностей. Наркотики разрушают мозг, что сказывается на умственных способностях, на скорости реакций. Сколько наркоманов работает с оборудованием, водят машины?

•

Наркомания наносит вред всему здоровью социума. Ведь наркотики разрушают организм. У наркоманов почти всегда рождаются дети с отклонениями. Наркомания становится все моложе, что ставит под угрозу здоровье будущих поколений.

Наркомания – проблема психологического здоровья социума. У наркоманов нарушаются все социальные связи, он не может поддерживать контакты с родными, близкими, друзьями. У них слабая и неустойчивая психика. Они не могут существовать в обществе, становятся агрессивными. И это приводит к еще одному аспекту социальной наркомании - ухудшению криминальной обстановки в стране. Наркоманы идут на любые преступления, чтобы добыть очередную дозу наркотика. Часто, в одурманенном состоянии, наркоманы совершают зверские убийства, насилие. Сбиваясь в группы, такие люди представляют собой агрессивное сообщество. Зачастую наркоманы сами становятся объектами насилия, обмана. Они боятся обращаться в правоохранительные органы и медицинские учреждения за помощью. Все это затрудняет раскрытие преступлений, связанных с наркотиками.

Для борьбы с наркоманией необходимо участие всех областей социальной жизни. Социальная наркомания – это появление отдельной области медицины, сотен наркологических клиник и лечебниц; тысячи смертей от наркотиков; мировой наркобизнес, имеющий самый крупный денежный оборот и самую сильную мафию; угроза генофонду. Понятие наркомании, как особой сферы социальной патологии, стало обозначать социально-биологическую угрозу, имеющую глобальный масштаб и характер.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. Почему наркомания является социальной проблемой, а не «делом каждого»?
 2. Перечислите основные виды угроз, идущих со стороны наркомании.

ЛЕКЦИЯ 2.ВИДЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ

Наркотики - это химические вещества растительного или синтетического происхождения, способные вызывать изменение психического состояния, систематическое применение которых приводит к зависимости.

Наркотические вещества отвечают следующим характеристикам:

- способность вызывать эйфорию (приподнятое настроение) или, по крайней мере, приятные субъективные переживания;
- способность вызывать зависимость (психическую и (или) физическую),

•

т.е. потребность снова и снова использовать наркотик; существенный вред, приносимый психическому и (или) физическому здоровью потребителя наркотика;

- опасность широкого распространения этих веществ среди населения;
- потребление указанного вещества не должно быть традиционным в данной культурной среде.

Список наркотических препаратов приведен в Постановлении Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 "Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" (с изменениями от 6 февраля, 17 ноября 2004 г., 8 июля 2006 г., 4 июля 2007 г., 22 июня, 21, 31 декабря 2009 г., 21 апреля, 3, 30 июня, 29 июля 2010 г).

Приведем примеры некоторых из них.

Виды наркотиков

Химикаты-ингалянты и токсикомания

Ингаляция – это вдыхание вещества в виде паров, газов, распыленных жидкостей. Некоторые формы токсикомании вызываются эфиром, летучими ароматическими и другими веществами, например, ацетоном, бензолом, применяемыми в бытовой химии. Это растворители, очистители, синтетические клеи, лаки и нитрокраски, средства для выведения пятен и т.д. Дома обычно применяются дезодорант-спрей, лак для волос, жидкость для чистки мебели, лак для ногтей, бензин и т.п. Для подростков, материальные возможности которых ограничены, такие препараты особенно привлекательны, т.к. они доступны. Жаргонные слова, связанные с вдыханием химикатов: клей, фыркалка, раздевалка, дышалка, веселящий газ, смола, резина, накрахмалить (пропитать тряпочку раствором вещества для последующего вдыхания), нюхалоис (вдыхающий пары ацетона) и другие.

Марихуана

Марихуана – это смесь высушенных, мелко нарезанных и выпаренных листьев, семян и цветков конопли зеленого, коричневого или серого цвета. Марихуана - самый распространенный нелегальный наркотик во многих странах, в том числе и в России. Человек, находящийся под воздействием марихуаны, испытывает головокружение, покачивается при ходьбе, выглядит глупым, все время хихикает, после эпизода употребления марихуаны плохо запоминает события, которые только что произошли, характерный признак - красные воспаленные глаза. Через 2-3 часа становится сонным. Многие считают, что курение марихуаны не опасно для здоровья, однако, этот наркотик психоактивен, он губительно действует на головной мозг! Существует более 200 сленговых названий марихуаны: травка, Мэри Джейн, ан-деш, балда, банг, божья коровка, божья травка, бонг, литература, книжки, бомба (расфасованная для продажи конопля), паровоз (способ курения конопли), плановат (курить коноплю) и т.д.

Кокаин

•

Кокаин – наркотик, производимый из растения коки, обычно, в виде белого порошка. Порошок кокаина вдыхают через нос или разводят для введения внутривенно. Кокаин могут позволить себе исключительно богатые люди, поскольку привычка к нему может обойтись в тысячи долларов в неделю. В 1985 г. появилась новая, недорогая форма кокаина в виде маленьких кристалликов, используемая для курения. Она получила название «крэк», что в переводе с английского означает «щелкать», за характерное потрескивание при нагревании. Крэк употребляют так же в виде светло-желтых таблеток или «леденцов», разогревают в ложке и вдыхают пары. Очень маленькая доза крэка позволяет быстро достичь состояния наркотического опьянения, которое длится, однако, всего 15-20 минут, и для его поддержания требуется повторный прием наркотика. Привыкание к нему происходит катастрофически быстро. Кокаинисты подвержены паранойе, их часто поражает мгновенная смерть от кровоизлияния в мозг, острой сердечной или легочной недостаточности. Для того, чтобы ощутить такое же удовольствие, как от первых доз, кокаин приходится употреблять все чаще и в больших количествах. Если сначала наркотик вводят, чтобы почувствовать эйфорию, то в дальнейшем – чтобы просто чувствовать себя нормально и избежать состояния раздраженности или угнетенности. Признаки употребления кокаина: сопение, шмыганье носом, возбужденность, словоохотливость, расширенные зрачки. Жаргонные названия кокаина: тальк, снег, кока, леди, антрацит, беляшка, кикер, кокс, марафет, мел, мороз, нюхара, нюхта, рассыпуха, серебряная пыль, чума, коксануть (понюхать кокаин) и другие.

Метамфетамин, "Спиды", "Винт"

Метамфетамин встречается в виде таблеток, порошка, кубиков, похожих на парафин или кристаллы; используется внутривенно, перорально, возможно курение. Метамфетамин является сильным психостимулятором. Он обладает мощным действием, что объясняет одно из его названий – «скорость»: вызывает интенсивный прилив энергии, ощущение физической силы, сверхактивность, чувство блаженства. Это состояние длится от нескольких минут до часов. Жаргонные названия: стекло, скорость, амфетас, лед, кристалл и т.д.

Экстази

В 1987 г. на одной из дискотек в Испании был «открыт» эффект от сочетания таблетки «экстази» (метилендиоксиметиламфетамин) с музыкой. Возникают необыкновенная легкость, прилив энергии, можно веселиться и танцевать без усталости много часов подряд. От слияния музыки и «экстази» родилась целая рейв-культура. Как считают специалисты, звуки определенного ритма и частоты служат катализатором биохимических процессов в мозге человека, употребившего наркотик, усиливая и расширяя спектр его действия. Действует «экстази» от 2 до 8 часов. Число погибших от «экстази» измеряется сотнями. Не случайно он был отнесен к числу самых опасных наркотических средств и запрещен во всех странах ООН.

Героин

Сначала появился опий (свернувшийся сок опийного мака), затем из него получили морфин, из которого, в свою очередь, синтезировали героин. По наркотической активности героин в несколько раз превосходит морфий. Используется в форме внутривенных инъекций, курения, ингаляций после нагревания. Поступающий на незаконный рынок героин может быть различным по форме и цвету: порошок или гранулы белого, бежевого, коричневого, черного цвета – в зависимости от степени очистки и добавок-наполнителей. На улицах героин продают, как правило, смешанным с другими наркотиками или такими веществами, как сахар, крахмал, сухое молоко, хинин и т.д. Поэтому люди, покупающие наркотик, обычно не знают силу его действия, что повышает риск передозировки и смерти. В России героин – наиболее часто упоминаемый наркотик в связи со смертью молодежи. Жаргонные названия героина: паста, белый, снег, гарик, герасим, гера, герыч, понюшка (доза героина, используемая для вдыхания) и т.д.

Все наркотические вещества обладают разным эффектом. Так, в таблице приведены примеры веществ из каждой группы:

Опиаты:	Психостимуляторы	Галлюциногены	Снотворные	Летучие нитриты
Метадон	Амфетамин	LSD	Секобарбитал	Амилнитрит
Фентанил	Эфедрон	Мескалин	Пентабарбитал	Изопропилнитрит
Пентазоцин	Метамфетамин	Фенциклидин	Меклоквалон	Бутилнитрит
Промедол	Метилфенидат	Ролициклидин	Ноксирон	И так далее
Меперидин	Экстази	Диметилтриптамин	Рогипнол	
Проседил	MDA	Кетамин	Сомбревин	
И так далее	И так далее	И так далее	И так далее	

ЛЕКЦИЯ 3. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

О.А. Бухановский и др. описывают наркологические симптомы, симптомокомплексы и состояния, которые являются неотъемлемыми составляющими основных наркологических синдромов - наркотического опьянения, большого наркоманического синдрома и синдрома последствий хронической интоксикации.

3.1 Характеристика наркологических симптомов

1. Формы потребления:

•

частота и мотивация приема одурманивающих веществ (наркотических, лекарственных средств с немедицинской целью, алкоголя).

1) Эпизодическая форма потребления

наблюдается при социокультурально санкционированных случаях употребления психоактивных и одурманивающих веществ (алкоголь, чай, кофе, табак), либо разрозненных случаях социально и уголовно запрещенного применения наркотических средств (гашиша, опия, ЛСД-25 и т.п.) наркологически здоровыми людьми. Эпизодическое употребление алкоголя носит ритуальный характер, собственной мотивационной установки не имеет, а лишь является сопроводительным ритуалом различных форм и ситуаций общения (свадьба, поминки, день рождения и пр.). Эпизодическое употребление наркотических веществ связано с микросоциальными и социопсихологическими факторами и диктуется внутригрупповыми законами, ценностями и стилем поведения.

2) Измененные (осложненные) формы потребления

связаны с изменением частоты, мотивации и обстоятельств приема психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, психотропных средств). При этом алкогольное или наркотическое поведение уходит от изначальных социально-психологических условий и диктуется законами болезни (алкоголизма или наркомании). Как правило, выпадает ситуация общения, что сопровождается переходом к одиночному потреблению. Выделяют следующие измененные формы употребления одурманивающих веществ:

- *систематическую*: регулярное, практически непрерывное употребление одурманивающих веществ;
- *периодическую* (запой), который имеет два вида – истинный и ложный. *Ложный запой (псевдозапой)* - это периодическое многодневное употребление алкоголя, дебютирующее под влиянием определенной ситуации (зарплата, неприятность и т.п.) и прерывающееся внешними обстоятельствами (скандал, привод в милицию, неприятность на работе, отсутствие денег и т. п.). *Истинный запой* - аутохтонно, под влиянием компульсивно или импульсивно актуализирующегося влечения периодически возникающее пьянство, купируемое спонтанно вследствие нарастающей интолерантности, непереносимости алкоголя.

2. Толерантность:

способность переносить введение дозы алкоголя или наркотического вещества с сохранением функционирования. Толерантность определяется по максимально переносимой дозе. В широком смысле различают толерантность поведенческую и функциональную («тканевую», «системную»). *Поведенческая толерантность* тесно связана с понятием ситуационного контроля и проявляется способностью произвольно контролировать внешние проявления опьянения. Эта способность минимально выражена на ранних этапах развития зависимости и исчезает с возрастанием

• «стажа» наркоизоляции. Исключение составляют психоделические препараты, при опьянении которыми невозможен поведенческий контроль. **Функциональная толерантность** отражает собственно тканевые биохимические механизмы и проявляется в необходимости повышать со временем дозу ксенобиотика для достижения качественно одного и того же состояния опьянения.

1) **Физиологическая толерантность** представляет собой индивидуальную переносимость психоактивных веществ, определяемую по максимальной дозе, не вызывающей развития защитных и грубо патологических реакций у здоровых людей. Этот вид толерантности связан с возрастом, полом, индивидуальными биологическими и психологическими качествами.

2) **Измененная толерантность.** Динамические особенности изменения толерантности являются одним из осевых симптомов алкоголизма и наркомании:

- рост толерантности, характерный для I стадии наркомании и алкоголизма, представляет собой закономерное увеличение потребляемой дозы для достижения эффекта психического комфорта. При злоупотреблении опиатами возрастание дозы происходит за 2-4 недели, стимуляторами - за 1-2;

- плато толерантности, характерное для II стадии зависимости, представляет собой максимально переносимую дозу ксенобиотика, необходимую для достижения психофизического комфорта, и включает в себя следующие признаки: развитие состояния опьянения только от больших доз, употребление максимальных доз ксенобиотика как одномоментно (разовая толерантность), так и в течение суток (суточная толерантность). Установившаяся доза является стабильной, существенно не меняясь на протяжении определенного достаточно длительного отрезка времени. Для барбитуратов плато толерантности превышает исходную физиологическую переносимость в 5-10 раз, для алкоголя - в 8-10 раз, для седативных препаратов - в 8-12 раз, а для опиатов - в 100-200 раз;

- падение толерантности как один из признаков III стадии зависимости представляет собой существенное снижение максимально переносимой дозы ксенобиотика. Исключение составляет так называемое «омоложение» - резкое снижение потребляемой дозы вследствие медикаментозного лечения.

3. Защитные реакции (знаки):

соматические и вегетативные признаки, свидетельствующие о том, что доза наркотических веществ или алкоголя превысила физиологическую толерантность.

Специфические защитные реакции:

наиболее показательными являются защитные знаки при алкоголизме, опийной наркомании и барбитуратизме:

- алкогольные - рвота;
- опийные - зуд кожи лица, заушной области, поверхности шеи и верхней трети груди;

- барбитуровые - икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

Неспецифические защитные реакции:

тошнота, рвота, сосудистые вегетативные проявления (озноб, боли в сердце, кожно-мышечная гиперестезия). Встречаются при различных формах интоксикации (например гашишной или эфедроновой). Внесение их в группу защитных обусловлено непреложной динамикой: с переходом к регулярной интоксикации эти знаки исчезают.

Исчезновение защитных реакций - симптом, свидетельствующий об адаптации организма к высоким дозам наркотических веществ или алкоголя, при которой прежние дозы не являются токсичными и не требуют защитных реакций. Этот симптом служит демаркационной линией при оценке стадии заболевания.

4. Формы опьянения:

комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема наркотических веществ или алкоголя.

Измененная форма опьянения

нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения от соответствующего вещества, или появление несвойственных ему качеств и компонентов, или изменение его динамики. Симптом входит в структуру синдрома измененной реактивности. Развивается на фоне уже существующих компонентов основного синдрома: при систематической наркотизации, сформированной высокой толерантности и исчезновении защитных реакций на передозировку.

Трансформация опьянения наркотиками в своем развитии проходит три этапа. На *первом* из них сначала ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации. Так, при злоупотреблении стимуляторами исчезает тахикардия, при наркотизации кодеином нивелируется подавление кашлевого рефлекса, при опиизме исчезает стимуляция моторики кишечника, и т.п. На *втором* этапе трансформируется интенсивность эйфории, что проявляется в необходимости повышения дозы для достижения прежней интенсивности переживаний. При этом качество и фаза эйфории остаются неизменными. На *третьем* этапе уже невозможно достичь прежней интенсивности эйфории даже при использовании максимальных доз наркотика. При этом качественно изменяются фазы эйфории, поскольку собственно эйфория уже недостижима, тонизирующий (стимулирующий) эффект наркотика постепенно исчезает, а на первый план выступает его способность лишь нормализовать состояние.

Такого рода динамика характерна практически для всех видов наркотических веществ, но наиболее выражен этот эффект при злоупотреблении седативными веществами (исчезновение собственно седативного действия при сохранении стимулирующего). При злоупотреблении алко-

•
лем, седативными и психоделическими веществами измененные формы опьянения могут проявляться амнезиями, что не свойственно интоксикации опиатами. По мере развития наркотизации мнестические нарушения развиваются при меньших дозах наркотика. При злоупотреблении алкоголем и барбитуратами мнестические расстройства начинаются с палимпсестов - невозможности последующего воспроизведения отдельных эпизодов и деталей событий, как правило, финальной части опьянения, тогда как общая фабула происшедшего сохраняется.

5. Патология влечения

встречается в двух формах.

1) *Обсессивное (психическое) влечение*

трудноодолимое психическое стремление к приему наркотика. Выражается в постоянных мыслях о наркотике и манипуляциях с ним, подъеме настроения даже в предвкушении его приема и, наоборот, подавленности и неудовлетворенности при отсутствии этой возможности. Определяя эмоциональный фон, обсессивное влечение неспецифично, т. е. подавляется любым другим наркотическим средством. Кроме того, это влечение может существенно редуцироваться вследствие конфликта, непосредственно связанного с наркотизацией, в то время как конфликт, не имеющий отношения к злоупотреблению наркотиками, может обострять влечение. Помимо этого, обострение провоцируется неприятными соматическими ощущениями, разговорами о наркотиках и даже встречей с людьми, которые ранее совместно с больным принимали наркотические вещества. Наконец, обсессивное влечение может погаснуть, если у больного формируется положительное эмоциональное насыщение, связанное с иными интересами. Психическое влечение сопровождается борьбой мотивов, что в сочетании с навязчивыми мыслями о наркотике позволяет определить его как обсессивное. Несмотря на то, что психическое влечение является одним из ранних симптомов, оно представляет значительную терапевтическую проблему, которая исчезает практически в последнюю очередь.

2) *Компульсивное (физическое) влечение*

проявляется в непреодолимом стремлении к наркотизации, причем степень выраженности этого влечения достигает витального уровня, конкурирует с истинными витальными влечениями, которые блокируются. От обсессивного влечения компульсивное отличается значительно большей интенсивностью, способностью полностью поглощать сознание больного, не оставляя места для других переживаний и представлений. Компульсивное влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контроль и конкурентные поведенческие мотивы, в силу чего борьба мотивов исчезает. Помимо этого, компульсивное влечение сопровождается выраженной вегетативной стигмацией в виде мидриаза, гипергидроза, гиперрефлексией, тремором и пр. По условиям возникновения выделяют три вида компульсивного влечения: внеинтоксикационное, абстинентное и интоксикационное:

- - *внеинтоксикационное компульсивное влечение* появляется до формирования абстинентного синдрома, особенно при алкоголизме и гашишизме, поскольку временной разрыв между появлением физического влечения и возникновением абстиненции достаточно велик; при опиомании и злоупотреблении барбитуратами симптоматика развивается более бурно, и этот разрыв проследить, как правило, не удастся; при интоксикации ЛСД, ингалянтами и стимуляторами отмечается диссоциация динамического стереотипа с выраженным компульсивным влечением и отсутствием или значительной редукцией абстинентного синдрома. Ремиссионное компульсивное влечение особенно опасно из-за того, что неизбежно ведет к рецидиву или альтернативной интоксикации другим наркотиком, что зачастую, в отличие от обсессивного влечения, не приносит психического удовлетворения, а физическое состояние чаще всего остается дискомфортным. Все это свидетельствует о специфичности компульсивного влечения для частных видов наркоманий;
 - *абстинентное компульсивное влечение* по определению входит в структуру абстинентного синдрома, сочетаясь с другими симптомами, отражающими психическое перевозбуждение и напряжение;
 - *интоксикационное компульсивное влечение* возникает после развития той или иной степени оглушения вследствие интоксикации. Клинически это выражается в непреодолимом стремлении увеличить количество потребляемого наркотика («добавить»), которое появляется после достижения определенного уровня опьянения. При злоупотреблении алкоголем этот симптом носит название «утрата количественного контроля». Он наблюдается и при гашишизме, барбитуратизме, употреблении эфедрина и несколько реже - психоделических препаратов. По мере прогрессирования болезни к этому симптому присоединяется симптом утраты ситуационного контроля (невозможность адекватно оценивать место, время и обстоятельства наркотизации). Описываемый вид компульсивного влечения появляется раньше внеинтоксикационного и абстинентного. Поскольку в его основе лежит непреодолимое стремление воспроизвести первоначальную эйфорию, он может рассматриваться как симптом перехода от обсессивного этапа к компульсивному.

6. Способность достижения состояния психического и/или физического комфорта в состоянии интоксикации.

1) Психический комфорт в состоянии интоксикации

характеризуется двумя признаками. Первый заключается в том, что этот симптом не является эйфорией, поскольку представляет собой не переживание удовольствия, а уход от дискомфорта. Главное отличие рассматриваемого состояния от психического комфорта у здоровых лиц состоит в том, что больные с наркотической зависимостью испытывают его исключительно при приеме наркотика, а перерыв в употреблении последнего на начальных стадиях вызывает психический дискомфорт. Вторым признаком - способность восстанавливать нарушенные психические функции при интоксикации. Классическим примером является тот факт, что больные хроническим

•

алкоголизмом в состоянии опьянения показывают более высокие результаты при тестировании, чем здоровые люди в аналогичной интоксикации, тогда как результаты тестирования трезвого алкоголика и здорового испытуемого в состоянии опьянения сопоставимы. Таким образом, наркотическое вещество становится необходимым условием нормального психического функционирования больного. Психический комфорт в состоянии интоксикации достигается практически при всех наркоманиях (исключение наблюдается при приеме психоделиков).

2) Физический комфорт в состоянии интоксикации

появляется практически одновременно с развитием внеинтоксикационного компульсивного влечения и предшествует формированию абстинентного синдрома. Клинической сутью этого симптома является то, что для поддержания приемлемого функционального уровня общей жизнедеятельности необходима та или иная степень интоксикации.

7. Симптом дискомфорта вне состояния интоксикации

1) Симптом психического дискомфорта вне состояния интоксикации

заключается в развитии своеобразных психических нарушений в виде эмоционального напряжения, раздражительности, депрессивных реакций с идеями самообвинения, дисфорических состояний, несобранности, сниженной работоспособности, повышенной отвлекаемости. Эти проявления купируются приемом наркотического вещества или алкоголя.

2) Симптом физического дискомфорта вне состояния интоксикации

заключается в ощущении соматического неблагополучия, купируемого только приемом наркотика.

3.2 Наркологические синдромы

Опьянение

Опьянение (острая интоксикация) - типичная патологическая реакция, возникающая на прием одурманивающих средств (алкоголя, каннабиоидов, опиатов, седативных препаратов и пр.). По структуре представляет собой сложный синдром, состоящий из психических, неврологических, вегетовисцеральных и соматических симптомов, выраженность и динамические взаимоотношения которых изменяются в зависимости от этапа интоксикации (начало, максимальная выраженность, редукция).

В МКБ-10 диагноз общих проявлений острой интоксикации вследствие употребления психоактивных веществ (F1x.0) базируется на следующих критериях:

- точные сведения о приеме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации;
- наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения;

-
- имеющиеся симптомы невозможно объяснить наличием независимой от употребляемого психоактивного вещества соматической патологии или иного психического расстройства.

Психический компонент опьянения

Аффективные расстройства

Эйфория при наркотическом опьянении представляет собой сложный феномен, состоящий не только из собственно подъема настроения, но и своеобразных соматовегетативных проявлений, за счет которых в немалой степени достигается положительный эмоциональный сдвиг. В качественном отношении это состояние разнится в зависимости от приема того или иного наркотического вещества. Так, при употреблении алкоголя или барбитуратов эйфория имеет наиболее простую структуру и представлена исключительно положительным эмоциональным компонентом.

Немногом от описанного отличается и эйфория при употреблении стимуляторов: помимо ощущения общего интеллектуального подъема и своеобразного чувства «просветления», могут присутствовать элементы ажитации и гиперреактивность. При этом собственно радостное настроение отступает на второй план. При опьянении энтактогенами («экстази», MDMA) в структуре эйфории преобладает чувство эмоциональной близости и любви к окружающим (гипертрофированная эмпатия) в сочетании с ощущением покоя и удовлетворенности, а также повышенной потребностью в физической активности. Опийное опьянение характеризуется чувством блаженства и необычно острого соматического наслаждения («приход», первая фаза эйфории), эмоциональной релаксации и седации («волокуша», вторая фаза эйфории). Это состояние, как и в случае гашишного опьянения, можно прервать волевым усилием, тогда как алкогольная и барбитуровая эйфория лишь в какой-то степени регулируются волевыми механизмами, а эйфория, возникающая при приеме психодизлептиков, абсолютно не подвержена волевому контролю. Эйфория при опьянении кокаином характеризуется собственно повышенным настроением с отчетливым оттенком сексуального возбуждения, ощущением прилива сил и энергии, расширения собственных возможностей, что может напоминать гипоманиакальное состояние.

Весьма своеобразный характер носит подъем настроения при интоксикации ЛСД, поскольку на первый план выступает интеллектуальное наслаждение, а собственно соматовегетативные эффекты в значительной степени нивелированы. По характеру это состояние напоминает религиозный и мистический экстаз и своим истоком имеет нарушение восприятия в сочетании с расстройствами сознания. Такого рода переживания отмечаются при применении всех галлюциногенов (каннабиоида, мескалина и т. п.). Аналогичные механизмы имеет развитие эйфории при интоксикации ингалянтами, когда на первый план выступает интеллектуализированное удовольствие от яркого красочного восприятия, однако достаточно характерными признаками при этом являются чувство собственного превосходства, неуязвимости, переоценка своих возможностей. Различия в характере эйфории при опьянении различными наркотическими средствами не исчерпываются

•
только структурными особенностями, а связаны и определенными динамическими закономерностями. В своем становлении эйфория проходит две стадии (собственно эйфорическая и стадия последствий), которые имеют особенности, проявляющиеся при применении того или иного наркотического вещества.

Гипотимические расстройства (страх, ужас, паника) возникают при употреблении веществ с атропиноподобным эффектом (корень мандрагоры и др.), а также MDMA и психодизлептиков (ЛСД, мескалин, псилоцибин). При приеме последних огромное значение имеет исходное настроение. Так, указанные эмоциональные проявления (badtrip) возникают только при сниженном эмоциональном фоне, а для достижения эйфории необходим, как минимум, нейтральный аффективный фон. Дисфорически-подавленный фон настроения, мало зависящий от исходного, а также аффективная лабильность могут развиваться при алкогольной интоксикации. При острой гашишной интоксикации в ряде случаев наблюдаются наплывы тревоги и агрессивность, а при опьянении седативными средствами - апатия, которая сменяет эйфорию. Помимо этого, на этапе деградации личности возможны тяжелые дисфорические вспышки с агрессией по типу археоаффекта, что характерно для злоупотребления седативными и снотворными средствами, а также ингалянтами и гашишем.

Расстройства восприятия

Нарушение функции восприятия при наркотическом опьянении проявляется и патологией ощущения, и собственно восприятия, и представления. Патологические изменения чаще всего развиваются в зрительном, слуховом, тактильном анализаторах, а также затрагивают проприорецепцию, тогда как вкусовой и обонятельный анализаторы затрагиваются реже. Нарушение ощущения может проявляться усилением (при приеме стимуляторов) и угнетением (при употреблении седативных препаратов) или избирательностью (при приеме опиатов) этой функции. Патологическое изменение восприятия представлено как многочисленными иллюзиями, чаще зрительными (парейдолии), так и психосенсорными расстройствами, что особенно характерно для дизлептической интоксикации, хотя эти явления в той или иной степени могут иметь место и при опьянении седативными препаратами. Для опиоидного опьянения более характерны визуализация представлений, эйдетизм. Психосенсорные расстройства разнообразны и представлены как метаморфопсиями, так и нарушением схемы организма, вплоть до ощущения отсутствия некоторых его частей. Практически для всех видов наркомании характерны сенестопатии, которые в состоянии опьянения могут иметь приятный, желательный характер. Разнообразные галлюцинации чаще всего встречаются при употреблении психотомиметиков, каннабиоидов, ингалянтов (препаратов бытовой химии). При употреблении последних характерна аутоагнозия, она же при опьянении дизлептиками становится вычурной, сопровождается висцероскопическими галлюцинациями. При этом возникают сценоподобные завораживающие зрительные галлюцинации, часто удовлетворяющие кри-

•
териям ложных обманов. По характеру слуховые и зрительные галлюцинации могут быть как спонтанными, так и рефлекторными. Характерным для всех видов интоксикации является диссоциация психических функций: даже при обостренном восприятии внешних и внутренних стимулов (например при эфедриновом опьянении) многие события амнезируются, оставляются лишь некоторые фрагментарные воспоминания о переживаемых эмоциях.

Расстройства мышления

Нарушения мышления при наркотической интоксикации во многом зависят от вида наркотика и потребляемой дозы. При приеме алкоголя и снотворных средств наблюдается снижение темпа мышления и появление персевераций, тогда как при употреблении стимуляторов, амфетаминов и психоделиков на начальных этапах интоксикации имеет место ускорение темпа мышления. При приеме практически любого наркотического вещества, включая алкоголь, нарушается способность к правильному осмыслению, при этом нарушается отбор впечатлений, их переработка и генерирование умозаключения. Все это во многом связано с эмоциональными нарушениями, искажением способности управлять активным вниманием, что приводит к снижению собственно качества мышления. При использовании психотомиметиков, особенно ЛСД, возникает своеобразный ментизм («поток мышления»), могут появляться несистематизированные бредовые идеи.

Расстройства сознания

Независимо от вида потребляемого наркотического вещества возникают нарушения сознания от сужения до выключения или помрачения различной степени выраженности.

Соматоневрологический компонент опьянения

Он во многом зависит от вида и дозы наркотика. Так, при введении опиатов развивается мидриаз, который может отмечаться и при употреблении психоделических препаратов. Последние в ряде случаев ведут к таким вегетативным реакциям, как снижение температуры тела и бледность кожных покровов. В противоположность этому алкоголь, седативные препараты и холинолитики вызывают гиперемию, гипертермию, гиперсаливацию, повышенное пото- и салоотделение. Помимо описанных особенностей, практически для всех наркотических препаратов характерно двухфазное действие: тахикардия, учащение частоты дыхания, подъем АД сменяются брадикардией, артериальной гипотензией и брадипноэ. Исключение составляют стимуляторы и психоделические препараты, при употреблении которых подобную закономерность выявить не удастся. Другими характеристиками, общими для всех наркотических препаратов, являются повышение сексуальной возбудимости и понижение аппетита, снижение мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение также составляют стимуляторы, психоделические препараты и кодеин.

Опьянение измененное -состояние легкой или средней степени интоксикации, при котором чрезмерно усиливаются или ослабевают какие-либо компоненты клинической картины опьянения или нарушается последовательность их развития. Это состояние развивается на измененной

•
почве (психопатия, олигофрения, психические заболевания, поражения ЦНС различного генеза), а также при сочетанном употреблении алкоголя, других токсических одурманивающих веществ и суррогатов. Развитию измененных форм опьянения может способствовать переутомление, психогении, соматические расстройства, недосыпание, недоедание.

Трансформация опьянения в своем развитии проходит три этапа, представленные ранее:

Простое алкогольное опьянение (классическая форма) - острая, как правило, обратимая, патологическая реакция общетоксического происхождения, которая является следствием употребления этанола, различного по крепости, качеству и количеству. Это состояние всегда включает преходящие соматовегетативные, неврологические и психические расстройства, собственно психотропный эффект проявляется изменением поведения, а также эмоциональными, мотивационными и речевыми нарушениями, снижением способности к прогнозированию, самоконтролю и возможности адекватной, критической оценки ситуации. Основными проявлениями классического варианта является эйфоризирующий, коммуникативный, седативный, транквилизирующий, релаксирующий.

Измененная (или осложненная) форма простого алкогольного опьянения - состояние легкой или средней степени опьянения, при котором нарушается соотношение (усиление или ослабление) отдельных компонентов классического варианта опьянения, или возникают нехарактерные для него признаки и качества, либо нарушается последовательность их развития. Встречается в нескольких вариантах. Назовем основные:

Эксплозивный вариант заключается в том, что на фоне слабо выраженной эйфории спонтанно или по малозначительному поводу возникают вспышки недовольства, раздражения и злобы. Такого рода реакции проявляются как в высказываниях, так и в поведении, бывают непродолжительны и чередуются с периодами благодушия и успокоения.

Дисфорический вариант отличается преобладанием стойкого состояния напряжения, недовольства, угрюмости, неприязни и злобы. Преобладающим является пониженно-тоскливый аффект, который сочетается с соматическим дискомфортом и резко выраженной гиперестезией. Это устойчивое состояние, оно может сохраняться на протяжении нескольких дней после алкоголизации.

Истерический вариант проявляется в театральном, демонстративном поведении с примитивными моторными реакциями (истерическими припадками, астазиями-абазиями, истерическим возбуждением и т. п.), нередко встречаются элементы пуэрилизма, псевдодеменции, демонстративно-шантажные суициды. Высказывания патетичны, нелепо театральны, часто отмечаются фантазмы, позерство с резкими переходами от бахвальства к самоупрекам.

•

Депрессивный вариант отличается тем, что эйфория изначально или отсутствует вообще, или непродолжительна. В эмоциональном фоне преобладает подавленность со слезливостью и жалостью к себе. Часто отмечается безысходность с идеями самообвинения или выраженная тревога. Высок риск суицида. Этот вариант опьянения чаще отмечается у женщин с гипотимическими или циклоидными чертами личности.

Импульсивный вариант характеризуется тем, что на фоне опьянения на первый план в клинической картине выступают внезапные необъяснимые произвольные импульсивные действия, чаще перверзного характера (гомосексуализм, эксгибиционизм, флагелляция), хотя могут встречаться пиромания, kleптомания. Этот вариант опьянения часто встречается при симптоматическом алкоголизме при шизофрении.

Сомнолентный вариант заключается в следующем: после периода кратковременной эйфории развивается выраженная сонливость, переходящая в продолжительный сон.

Маниакальный вариант характеризуется выраженной эйфорией, беспечностью, назойливостью, что иногда переходит в кривлянье, паясничанье, сопровождающееся речевыми и двигательными стереотипиями.

Патологическое опьянение представляет собой пароксизмальное (сумеречное) помрачение сознания, возникающее в ответ на прием малых или средних доз алкоголя. В клинической картине преобладает агрессивное поведение, отличающееся большой разрушительной силой, внезапностью, неожиданностью, бессмысленной жестокостью. Это состояние кратковременно, с пароксизмальным выходом, часто через глубокий сон, с последующей амнезией.

Эпилептоидная форма патологического опьянения является сумеречным состоянием сознания с резким, внезапным двигательным возбуждением, что сопровождается злобой, яростью и гневом. Двигательное возбуждение интенсивно, хаотично и бессмысленно, часто развивается в виде автоматизмов и стереотипии, не зависит от реальной ситуации. Выход через полную амнезию.

Параноидная форма патологического опьянения представляет собой сумеречное состояние сознания с внезапно развивающимся острым чувственным бредом и галлюцинациями. Галлюцинаторно-параноидная продукция имеет персекуторный характер. В соответствии с этими переживаниями больные совершают ряд целенаправленных сложных и упорядоченных действий, могут вооружаться, входить в контакт с окружающими, хотя при клиническом обследовании выявляется нарушенная ориентировка.

Большой наркоманический синдром

Большой наркоманический синдром - основной клинико-диагностический маркер болезни (алкоголизма или наркомании). Сформированный наркоманический синдром является базисным признаком, отличающим здорового человека от больного, страдающего наркотической (а в общем

•
виде и любой иной) зависимостью. Структурно этот синдром состоит из синдрома измененной реактивности и синдрома зависимости.

Синдром измененной реактивности

Он представляет собой наиболее ранние патологические изменения в организме, объединенные общим патогенезом, возникшие в ответ на длительное употребление одурманивающих веществ и представляющие собой клиническое проявление формирующейся церебральной патологической системы. Структурно этот синдром состоит из таких симптомов: исчезновение защитных знаков, изменение толерантности, формы потребления, формы опьянения. Последний симптом завершает формирование синдрома измененной реактивности, развиваясь на фоне уже существующих компонентов основного синдрома.

Синдром зависимости

Выступая структурной составляющей большого наркоманического синдрома, он в свою очередь является сложным образованием и имеет в своем составе синдром психической и физической зависимости.

Синдром психической зависимости, являясь наиболее ранним проявлением основного синдрома, состоит из симптомов психического влечения к одурманивающему веществу и способности достигать психического комфорта в состоянии интоксикации.

Синдром физической зависимости включает в себя физическое (компульсивное) влечение, способность достижения физического комфорта в состоянии интоксикации и абстинентный синдром.

Абстинентный синдром, а точнее абстинентный симптомокомплекс - показатель сформировавшейся физической зависимости, ведущее и наиболее наглядное проявление болезни. По сути своей он является процессом выравнивания нарушенного гомеостаза, т.е. дефектной попыткой организма собственными силами откорректировать гомеостаз, соответствующий функциональному уровню имеющейся физической зависимости. Симптомы, составляющие этот симптомокомплекс, можно разделить на две группы: центральные (психические) и периферические (вегетативные, соматоневрологические). Удельный вес этих двух групп различен и зависит от формы наркомании (высокий удельный вес психопатологических расстройств при отнятии снотворных средств, вегетативной симптоматики - при алкогольной, опийной и гашишной абстиненции). Абстинентный синдром имеет общие черты, характерные для любых форм наркомании. К ним относятся психическое напряжение, эмоциональные расстройства гипотимического радикала (от тревоги до депрессии), нарушение витальных потребностей (аппетита, сна, либидо), разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушение сердечно-сосудистой регуляции и мышечного тонуса).

• Эти признаки, являясь наиболее общими для всех типов абстиненции, тем не менее имеют черты, специфичные для каждой формы наркомании, что существенно помогает при дифференциальной диагностике. При опийной и гашишной абстиненции субъективно воспринимается как «холодный», а при алкогольной и барбитуровой - как «горячий». Отличительным признаком озноба при опийной абстиненции является его приступообразность. Желудочно-кишечные расстройства также имеют своеобразие: коричневый налет на языке при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами, гладкий малиновый язык при эфедриновой абстиненции, частый жидкий стул с тенезмами - при опийном отнятии.

Кроме отеночных признаков, каждый вид наркомании имеет специфические абстинентные признаки. Так, только при опийном отнятии отмечается чихание, насморк, слезо- и слюнотечение, боли в межчелюстных суставах, сведение жевательных мышц. При злоупотреблении снотворными специфичными признаками являются боли в желудке и крупных суставах, а при гашишной абстиненции - сенестопатии. Помимо этого, встречаются симптомы, характерные для одних наркоманий и не встречающиеся при других. Примером может служить тремор, атаксия, психотические эпизоды, отмечающиеся при злоупотреблении транквилизаторами, ингалянтами (бытовой химией, органическими растворителями), гашишем и эфедрином и отсутствующие при опийной абстиненции. Для последней, а также для синдрома лишения при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами характерны озноб с «гусиной кожей» и двигательное беспокойство, не встречающиеся, например, при гашишизме.

Абстинентный синдром развивается не при всех видах наркотической зависимости. Так, при злоупотреблении галлюциногенами основные признаки абстиненции отсутствуют, а существование этого синдрома при гашишизме является предметом многочисленных дискуссий. Темпы развития симптоматики лишения также варьируют в зависимости от вида наркомании: от замедленного при алкоголизме и гашишизме, более интенсивного при злоупотреблении снотворными средствами и стимуляторами до очень быстрого при опиомании. Динамика становления абстинентной симптоматики многофазна (при опиомании, например, она проходит четыре стадии), но независимо от вида наркотизации обратное ее развитие соответствует основному стереотипу: раньше всего редуцируются те симптомы, которые появились в последнюю очередь, а наиболее ранние могут сохраняться в течение длительного времени, представляя значительные трудности при терапии этих состояний.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. Раскройте основные характеристики наркологических симптомов.
 2. Перечислите и опишите наркологические синдромы.
 3. Чем отличается наркологический симптом и наркологический синдром?

ЛЕКЦИЯ 4. ФАКТОРЫ РИСКА НАРКОТИЗАЦИИ И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

По данным ВОЗ, наркотики заняли первое место среди виновников преждевременной смерти людей и уже опередили сердечнососудистые заболевания и злокачественные опухоли.

Как правило, средняя продолжительность жизни наркомана - 14-15 лет после начала приёма наркотиков. Так как большинство пробуют наркотики в подростковом возрасте, вы практически не увидите пожилых наркоманов.

Чем обусловлена высокая смертность среди наркоманов? Дело в том, что все наркотики и другие одурманивающие средства по своей природе являются веществами высокотоксичными, следовательно, их приём ведет к обязательному поражению всех защитных функций организма и отдельных органов. Причём чем моложе организм, тем страшнее для него последствия употребления токсичных средств, алкоголя, наркотиков или никотина, так как система защиты от ядов у детей и подростков ещё не сформирована, сопротивляемость организма ниже, чем у взрослого. Кроме того, интенсивный обмен веществ, ускоренный кровоток, высокая проницаемость тканей облегчают наркотическим ядам возможность быстро напитать молодой организм.

4.1 Расстройства психической сферы и физиологических систем организма

Эти последствия развиваются на поздних этапах формирования наркотической болезни и включают в себя расстройства психической сферы соматоневрологические нарушения, нарушения в работе систем организма.

Расстройства психической сферы

Прогрессирующая деменция

развивается по законам формирования экзогенных органических процессов и проходит следующие этапы:

- 1) Этап снижения личности. Происходит падение психической активности, сужение круга интересов и мотивационной сферы, обедняется спектр эмоций, упрощаются побуждения. Интеллектуальные нарушения представлены снижением функции памяти в виде ослабления фиксации и ретенции, а также нарушением активной концентрации внимания, утратой интереса к интеллектуальным задачам, оценке и анализу ситуаций.
- 2) Этап психопатизации. Дальнейшее искажение личностных особенностей во многом зависит от типа наркотика и преморбидного радикала личности. При наркотизации опиатами и стимуляторами чаще обнаруживается астенический и истерический тип психопатизации, при злоупотреблении седативными и снотворными средствами - взрывчатый, при гашишизме и употреблении психоделиков - апатический. На этом этапе нарастают и учащаются аффективные расстройства, чаще дистимического и дисфорического регистра.

•

3) Этап деменции. Психоорганический синдром достигает максимальной степени выраженности. Меняется внешний вид больных: появляются неадекватные мимические реакции, диспластические движения, дискордантная походка с пропульсией или пошатыванием, угасает двигательная активность. При злоупотреблении седативными и снотворными средствами развивается брадифрения, при использовании алкоголя, стимуляторов и ингалянтов - псевдопаралитический синдром. Эмоциональная сфера резко обеднена (олиготимия). Нарушения внимания в виде неспособности к концентрации, крайней отвлекаемости и истощаемости приобретают грубо выраженный характер. Существенно снижены такие интеллектуальные функции, как понимание, способность к абстрагированию и критика. Все это отражает глобальную мозговую дисфункцию и имеет прогрессивное развитие.

Психотические расстройства

возникают или на высоте опьянения (интоксикационные), или в период абстиненции, что часто зависит от вида употребляемого наркотика. По структуре развивающиеся психозы протекают с нарушением сознания, т.е. по типу экзогенных реакций. При всех видах наркоманий психозы характеризуются быстрой сменой форм нарушения сознания, динамичностью, аффективной неустойчивостью и насыщенностью. Наиболее частыми психотическими расстройствами являются делирий и аменция (при употреблении алкоголя, транквилизаторов, снотворных и седативных средств). Кроме того, встречаются острые галлюцинозы, острые параноиды, сумеречные состояния сознания, онейроидно-шизоформные психозы (психодизлептики). В зависимости от вида наркотика отмечаются специфические расстройства, имеющие диагностическую ценность. Так, при гашишных психозах, возникают сенесто-ипохондрические бредовые переживания, дерматозойный бред, висцеральные галлюцинации - ощущение укусов и ползания насекомых по коже, разрушения внутренних органов, наличия песка, клещей или мушек внутри кожи. При кокаинизме возникают зооморфные галлюцинации, при параноиде вследствие употребления стимуляторов возникает высокая сенсорная возбудимость, затрагивающая все анализаторы, а параноидные переживания при этом (так же, как и при употреблении психодизлептиков) могут приобретать паранойный, экспансивный характер.

Соматоневрологические нарушения

Влияние наркотических препаратов на нервную систему

Особенно податливыми оказываются незрелые нервные клетки. В мозгу наркотики задерживаются в большем количестве, чем в других органах. В нервных клетках наркотики нарушают обмен веществ, задерживают, тормозят, проведение нервных импульсов. Исследователи под руководством Г.В. Морозова доказали, что один из древнейших наркотиков - морфин разрушает в первую очередь рецепторы и связи между нервными клетками. Группы нейронов, ответственные за ощущение боли, разрушаются в наибольшей степени. Наркотики влияют также и на подкорковую

•
область мозга, в особенности на сетевидное образование, названное ретикулярной формацией мозгового ствола. Угнетение клеток ретикулярной формации способствует торможению функций зрительных бугров и подбугровой, или гипоталамической области.

Тяжесть клеточных повреждений мозга, его сосудов и оболочек может быть доказана косвенно на основе изучения возникающего у наркоманов дрожательного паралича (паркинсонизма). Это тяжелое заболевание - удел многих наркоманов. Первые признаки болезни часто появляются после интоксикации сильным наркотиком - героином. В случаях дрожательного паралича у наркоманов наблюдаются поражения не только головного, но и спинного мозга. Возникают мышечные атрофии, изменение чувствительности и нарушение движений.

Неврологические расстройства развиваются по дизрегуляторным, токсическим и патоиммунным механизмам. Помимо общих расстройств, встречаются достаточно специфические нарушения - полиневриты при алкогольной болезни, острая марганцевая энцефалопатия при злоупотреблении производными эфедрина, паркинсонизм при использовании кустарно приготовленных препаратов кокаина и героина. К менее специфическим нарушениям относятся нистагм при эфедриновой и гашишной интоксикации, тремор (как мозжечковый, так и подкорковый), атаксия. Крупноразмашистый тремор встречается при злоупотреблении седативными препаратами, ингаляционными средствами, алкоголем (интенционный тремор). Мелкий тремор наблюдается при сочетанной интоксикации опиатами, стимуляторами и психоделиками. Частым симптомом является экстрапирамидная симптоматика. Нарушение походки с ограничением содружественных движений рук отмечается при злоупотреблении холинолитиками, тяжелая экстрапирамидная симптоматика в виде гиперкинезов - при интоксикации кустарными эфедронем и опиатами. На поздних стадиях алкогольной болезни встречаются полиневриты, при злоупотреблении летучими веществами - парезы и параличи.

Губительное воздействие наркотика на головной мозг часто становится причиной различных психических расстройств.

Препараты возбуждающего действия могут вызвать сильнейшие психозы, для которых характерны симптомы похожие на симптомы других психических заболеваний, на пример шизофрения. Многие автомобильные аварии, промышленные, бытовые и другие несчастные случаи связаны с безрассудным и эксцентричным поведением, вызванным употреблением возбуждающих препаратов.

Когда стимулирующее действие заканчивается, употребляющий возбуждающие средства человек обычно страдает от депрессии, являющейся ответной реакцией на возбуждение. Она может быть достаточно сильной для того, чтобы спровоцировать самоубийство. К возбуждающим препаратам человек привыкает психологически, но исследование показывает, что некоторые из них могут вызвать также и физическое привыкание.

•
Неспособность уснуть является одним из серьезных побочных эффектов приема стимулирующих средств. Злоупотребляющие ими люди могут быть лишены нормального сна несколько дней кряду. Если это положение быстро не исправить, могут последовать психические расстройства.

В этом случае удел наркоманов предопределён: остаток жизни он проведёт в психиатрической лечебнице. В связи с тяжёлыми эмоциональными расстройствами отмечается повышенная склонность наркоманов к самоубийству.

Влияние наркотических препаратов на сердечнососудистую систему

Прямое токсическое действие наркотика на организм проявляется в том, что в первую очередь происходят воспалительные и дистрофические изменения в периферических сосудах, особенно в венах среднего и малого калибра. Вследствие этого, во-первых, нарушается доставка к внутренним органам необходимых питательных веществ; во-вторых, нарушается отток продуктов метаболизма, в-третьих, при изъязвлении стенок сосудов могут возникать кровоизлияния и тромбы.

Бактериальный эндокардит - если микробы попадают в кровеносную систему с грязной иглы, они могут распространиться по всему телу и осесть в клапанах сердца, вызвав серьезную инфекцию, известную как бактериальный эндокардит. Похожие на бородавки новообразования на пораженных сердечных клапанах приводят к лихорадочным состояниям, вызывают слабость, остановку сердца и смерть.

Проток тромбов - потоки мельчайших тромбов и бактерий могут высвободиться из наростов на инфицированных сердечных клапанах. Они могут распространиться, достигая почек и селезенки. Результат перемещений этих потоков проявляется в виде многочисленных красных точек в почках и как сероватая область отмершей ткани в самой верхней части селезенки. Все это обычно заканчивается смертью наркомана.

Абсцесс головного мозга - когда микробы заносятся в кровеносную систему с грязной иглой, они, перемещаясь по организму, могут обосноваться в головном мозге. Сильная лихорадка, конвульсия, кома и смерть - вот признаки абсцесса мозга.

Сердечно-сосудистые расстройства

проявляются миокардиодистрофией при алкоголизме, высокой вероятностью острых инфарктов миокарда при злоупотреблении стимуляторами. Практически при всех формах наркомании отмечена слабость сердечной мышцы, разнообразные нарушения ритма.

Воздействие наркотических веществ на репродуктивную систему

Наркотические и токсические вещества отрицательно влияют на половые железы и половую деятельность. У опиатных наркоманов-мужчин прогрессивно снижается половое влечение и нарушается потенция. Снижение полового влечения у опиоманов, следствие угнетения продукции

•
гормонов передней доли гипофиза, что приводит к дефициту выработки тестостероида яичками. Замедление процесса семяизвержения во время полового акта связывают с торможением опиум и его алкалоидами функции симпатического отдела нервной системы, который и запускает семяизвержение. При дальнейшем развитии опиумной наркомании сексуальная деятельность полностью прекращается.

При злоупотреблении психотропными препаратами и некоторыми другими веществами, действующими на изменение психики и нервной системы, также возникает импотенция, развивающаяся на фоне общего истощения организма наркоманов (токсикоманов).

Сексологические расстройства (импотенция, нарушения эякуляции и пр.) связаны как с прямым угнетением либидо или нарушением психосексуальной ориентации (при кокаинизме), так и с периферическими неврологическими и микроциркуляторными нарушениями.

Действие наркотических и токсикоманических веществ на яички и яичники приводит к образованию неполноценных половых клеток. Тонкий молекулярный механизм этого явления связан с разрывом хромосом и нарушением структуры генов. Этим механизмом можно объяснить высокую гибель оплодотворённых яйцеклеток и эмбрионов, а также появление потомства с явными и скрытыми дефектами развития. При появлении нарушений в ДНК и последующей комбинации изменённых генов происходит образование дефектных ферментных и структурных белков. Теперь стало очевидным, что вред токсических веществ распространяется на первоосновы жизни и функции организма - гены. Гибель эмбрионов в утробе матери - спасительная мера природы от её обезображивания и страданий будущих поколений. Употребление женщинами наркотиков во время беременности вызывает акушерскую патологию и разнообразные нарушения у плода и новорожденных. Наиболее частым осложнением при использовании различных наркотиков являются преждевременные роды (например, при героиновой наркомании – до 50%). Наблюдается повышенная частота выкидышей, преждевременной отслойки плаценты, развития хориомионита и др. Очень часто отмечаются мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность среди новорожденных.

Мать, употребляющая наркотики, рискует получить не только физически слабого ребенка с «запрограммированной» умственной отсталостью, но и психического инвалида. К сожалению, постоянная «бомбардировка» организма ребенка токсичными для него веществами не ограничивается наркотиками. Их употребление, как правило, сопровождается курением и принятием алкоголя. В результате эффект злостного воздействия на плод умножается многократно.

Кроме того, плод, находясь во чреве матери, может приобрести зависимость от наркотиков, и в этом случае в первые дни после рождения ребенок будет испытывать муки, типичные для абстиненции. Обычные явления для детей, родившихся от матерей - наркоманок — судороги и угнетенное дыхание.

Комплексное влияние наркотических веществ

Гастроинтестинальные расстройства и поражения печени занимают одно из ведущих мест в клинике соматических нарушений. С токсическим действием наркотиков, особенно вводимых внутривенным путем, связывают жировое перерождение печени, гепатиты и цирроз. Наиболее высоким гепатотоксичным действием отличаются барбитураты, психоделические препараты, стимуляторы и ингаляционные средства. Помимо поражений печени, встречаются дискинезии желудочно-кишечного тракта, окклюзии и субокклюзии кишечника.

Поражения кожи и слизистым оболочек выражены гнойными поражениями в местах введения наркотика, атрофии слизистых оболочек, хрящей и прободение носовой перегородки у кокаинистов. При злоупотреблении ингалянтами (средствами бытовой химии, органическими растворителями) встречается гнойное поражение кожи в сочетании с уртикарными высыпаниями. При длительном употреблении наркотиков изменяется кожная пигментация. Так, при опийной наркомании кожа приобретает желтоватый оттенок, при гашишизме она имеет темно-желтый цвет, напоминающий цвет старческой пигментации.

Кожа у наркоманов серая и дряблая. Уже при первом взгляде на наркоманов можно увидеть множество гнойничков. Это и есть так называемые «входные» ворота инфекции. Гнойничковые заболевания кожи у некоторых наркоманов рожают вялотекущий сепсис, т. е. распространение инфекции по всему организму. Две трети наркоманов попадают в больницу по поводу инфекционного поражения внутренних органов. К ним относятся воспаление внутренней стенки сердца (эндокардит), абсцессы различной локализации, тромбофлебиты, грибковые и микробные поражения кожи, воспаления суставов и костной ткани.

Почему же организм наркоманов в цветущем возрасте не сопротивляется заражению? У потребителей наркотиков возникает извращение иммунного ответа на внедрение инфекционного агента. Это происходит из-за снижения в крови процентного содержания белых кровяных телец и иммуноглобулинов - возникает так называемый иммунодефицит. Человек становится беззащитным перед микробами.

Иммунологические расстройства многообразны и связаны не столько с видом наркотика, сколько с регулярностью и давностью его применения. У всех больных наркоманией отмечено искажение соотношения хелперов и супрессоров, подавление активности естественных киллеров. Это приводит к слабости иммунного ответа, изменению серологических белковых реакций (ложноположительная реакция Вассермана). Распространены аутоиммунные и аллергические реакции, которыми объясняют синдром внезапной смерти при приеме обычной дозы наркотика.

Больные наркоманией являются потенциальными переносчиками одного из наиболее тяжелых заболеваний - СПИДа (синдром приобретенного иммунодефицита). Французские учёные отметили положительные серологические реакции к возбудителю ВИЧ более чем у 50 % больных

героиновой наркоманией. Недаром в рекомендациях ВОЗ в группу риска и возможных распространителей ВИЧ включены, наряду с проститутками и гомосексуалистами, наркоманы и токсикоманы.

Большая проблема - поражение кроветворных органов при наркомании. Почти у всех наркоманов наблюдается малокровие с резким снижением содержания тромбоцитов - они усиленно разрушаются в селезёнке вследствие фиксации на них особых белковых тел.

Другая проблема наркомании - поражение печени. Так называемая печёночно-селезёночная система организма одна из первых принимает на себя удар наркотического дурмана (90 % принятого наркотика обеззараживается в ней). Такая тяжёлая работа не проходит даром - в клетках печени исчезает важнейшее для углеводного обмена вещество - гликоген, а накапливается балласт - жир. На смену обратимым нарушениям, следуют необратимые. Начинается дегенерация и гибель клеток. Итог - цирроз печени, заканчивающийся мучительной смертью. Цирроз - печень отвечает на любое воспаление, такое, как, например, гепатит, образованием рубцов среди ее клеток. Прогрессирующее перерождение клеток печени в соединительную ткань называется циррозом печени. Поверхность печени может стать нервной и сморщенной как чернослив. Для цирроза характерно широкое многообразие симптомов, включая потерю веса, хроническую тошноту, рвоту слабость, потерю полового влечения, опухоли брюшной полости и внутреннее кровотечение.

Наркотики губительно воздействуют на пищеварительную систему. Интересно отметить результаты, полученные английскими авторами: у 66 % обследуемых наркоманов они обнаружили извращение продукции желудочного сока вплоть до полного угнетения секреторной активности. Поэтому язва желудка встречается у наркоманов довольно часто.

Первые ворота при курении наркотического яда -это верхние дыхательные пути, трахея, бронхи, лёгочная ткань. Дыхательные пути выстилает реснитчатый эпителий с множеством желёз, выделяющих слизь. При курении наркотических веществ разрушение эпителия и гибель желёз неизбежна, они являются отправным моментом возникновения различных лёгочных заболеваний при присоединении инфекции. Кроме того, курение наркотиков нарушает процессы вентиляции лёгких. Это приводит к тому, что снабжение организма кислородом резко угнетается. Развивается алкалоз (сдвиг кислотно-щелочного состояния крови в щелочную сторону).

Роль сердца в организме нельзя переоценить, а для наркотических стрел это излюбленная мишень. У наркоманов наблюдается резкое учащение сердцебиения в ответ на дозированную нагрузку, отмечаются нарушения проводимости нервных импульсов в управляющей системе сердца, снижается кровоток в мышце сердца (особенно у кокаинистов), что может приводить к тяжелейшему поражению сердечной мышцы и распаду её ткани. По сути дела, прием наркотического яда - это закладывание фундамента для инфаркта миокарда.

4.2 Психологические и социальные последствия приема наркотиков

Психологические последствия потребления наркотиков

Необратимые изменения нервной системы, возникающие в результате отравления организма наркотиками, вызывают деградацию личности. Психика становится крайне неустойчивой, преобладает склонность ко лжи, присвоению чужого, падает сообразительность, сильно ухудшаются результаты труда, возникают разнообразные изменения психических процессов:

- эмоциональная опустошенность;
- падение активности и энергетического потенциала;
- вытеснение обычных потребностей тягой к наркотику;
- снижение интеллекта;
- ухудшение памяти и снижение продуктивности умственной деятельности;
- тревога и депрессия, раздражительность;
- вспышки злобы и агрессии;
- сужается круг интересов, снижается стремление узнать что-то новое;
- исчезает желание что-либо делать;
- повышенная утомляемость

Наркотическая зависимость обуславливает значительные деформации структуры личности зависимого. Общая картина этих деформаций дана Ю.В.Поповым: «В процессе заболевания индивидуальные личностные характеристики постепенно сглаживаются и нивелируются, больные становятся все более похожими друг на друга».

И.Н. Пятницкая также пишет, что «ранее сформированная личность под воздействием большого количества внешних и внутренних факторов претерпевает существенные изменения – нивелируются прежние черты характера и формируются новые, «наркоманические»

В процессе наркотизации у зависимых все более проявляются *нарушения эмоционально-волевой сферы*. У них преобладает неустойчивый, часто сниженный фон настроения. Отмечаются повышенная возбудимость, преобладание неадекватных, истерических форм реагирования, эмоциональная лабильность. Периодически возникает чувство враждебности и агрессивности по отношению к окружающим, в том числе к близким. Иногда возникают страх перед будущим из-за отсутствия уверенности в том, что они смогут удержаться перед соблазном очередного употребления наркотического вещества, боязнь негативной реакции родителей, опекунов, страх покончить с собой.

Расстройства эмоциональной сферы наиболее выражены в постабстинентный период: в это время чаще наблюдается депрессия. Длительно сохраняются аффективная лабильность, ипохондрия, астения, бездеятельность. В период ремиссии также наблюдаются своеобразные аффек-

•
тивные расстройства: агрессивные настроения постепенно сменяются тоской, а позже наступает апатия.

Как отмечает Л.Н.Благов, у некоторых наркозависимых наблюдается ипохондричность, не свойственная им ранее. Они высказывают тревожные опасения по поводу того, что в результате наркотизации могут заболеть неизлечимыми болезнями, просят показать их тем или иным специалистам. Такая своеобразная ипохондричность чаще всего встречается у больных полинаркоманией.

М.Л.Рохлина отмечает, что в структуре личности у больных наркоманиями нередко формируются эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, ранимость, своеобразная «мимозоподобность». Больные становятся чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего душевного дискомфорта. У них развивается склонность неадекватно реагировать на всевозможные, большей частью незначительные психотравмирующие моменты. В этих случаях сразу же снижается настроение, что, в свою очередь, способствует актуализации патологического влечения к наркотикам и нередко приводит к рецидиву. Эта так называемая «нажитая аффективная лабильность» наиболее отчетливо выступает в период ремиссии.

Весьма негативные изменения наблюдаются и в сфере *интеллектуальных характеристик* личности. Как указывает А.А.Козлов, наиболее выраженные нарушения в данной сфере наблюдаются у больных, злоупотребляющих барбитуратами и другими седативными средствами: в конечных стадиях этих форм наркоманий наблюдается состояние органической деменции (слабоумия). Характерными проявлениями интеллектуальных нарушений у наркозависимых являются: ригидность мышления, бедность воображения, нарушения непосредственной и опосредованной памяти, мотивационного компонента памяти и динамики запоминания, реже – ослабление фиксационной и репродуктивной памяти. У наркозависимых наблюдается примитивность суждений, застревание на «мелочах», неспособность анализировать, обобщать и выделять главное.

Весьма заметны изменения и в сфере *характера*. Типичными его чертами становятся эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, брутальность, непостоянство, непоследовательность, своевольность, показная уверенность в себе, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций, попытки избежать ответственности, позиция обвинения в своих неудачах окружающих, склонность к тунеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость..

И.Н.Пятницкая также указывает на то, что наркозависимые крайне эгоистичны. У них на первом плане находятся собственные интересы (забота только о себе), стремление к избеганию неудобств. Характерной чертой является лживость. Практически все наркоманы используют обман как средство для получения желаемого. Они обманывают родных, выпрашивая деньги на наркотики и проявляя при этом неимоверную изворотливость, своего рода артистизм. Автор отмеча-

•
ет, что при общении с окружающими наркозависимые стремятся произвести хорошее впечатление, часто предъявляют показную уверенность в себе. Приукрашивают свои материальные, а иногда физические возможности, могут вести себя вызывающе, фамильярно, без чувства дистанции. Во внешнем виде нередко обращает на себя внимание неряшливость, неопрятность, неухоженность, либо, наоборот, вычурность в одежде, причёске, поведении.

Весьма характерна для наркозависимых и неадекватная агрессивность и конфликтность. При этом они могут вести себя грубо, иногда даже непристойно, в резкой форме высказывать свое возмущение, не контролируя свои эмоции, используя при этом жаргонные слова, нецензурные выражения, а иногда и прибегая к рукоприкладству.

Наконец, как отмечает Е.Г.Трайнина, для наркозависимых характерна потеря смысла жизни и *склонность к суициду*. Е.Г.Трайнина к ходе проведенного ей исследования обнаружила суицидальное поведение у 80% больных наркоманиями. При этом кроме реализации истинных суицидальных тенденций, многие зависимые наносят себе самопорезы: или с демонстративной целью, или для того, чтобы снять напряжение на высоте аффекта. Как отмечает Э.Гроллман, «наркомания и суициды тесно связаны между собой. Длительное употребление наркотиков и их влияние на организм, так же как и общий стиль жизни наркоманов в целом, в значительной мере направлены на саморазрушение, независимо от осознания ими этих намерений».

Социальные последствия наркомании

Происходит постепенное разрушение социальных связей и снижение их значимости. Это проявляется в том, что зависимый человек перестает быть частью общества. В процессе формирования зависимости меняется система ценностей. Все, что раньше было значимым, дорогим, любимым, теряет смысл. Отношения с близкими людьми постепенно ухудшаются. Сначала они становятся формальными: поддерживается видимость семейного уклада, встреч с друзьями и любимым человеком, но делается это лишь ради сохранения «маски» обычного человека. Однако со временем зависимому человеку все труднее это делать нет желания и сил. Отношения с близкими становятся манипулятивными. В конечном счете, манипулировать окружающими удастся все реже, растет отчуждение.

Наркоман становится безразличным к окружающим, его поведение в обществе лишено высоких моральных мотивов.

У человека, зависимого от наркотиков, пропадают благородные стремления, утрачивается интерес к семье. Это особенно трагично для молодых людей, потенциально наиболее ценных для общества, у которых личность только начинает развиваться.

Так, Т.Б.Гречаная указывает на то, что характерным негативным социальным последствием злоупотребления наркотиками является искажение семейных связей. Наркоманы значительно реже вступают в брак, чем здоровые лица того же возраста; их семьи быстро распадаются, если вто-

•
рой супруг не является наркоманом. Среди наркоманов число состоящих в браке в 1,6 раз меньше, чем в населении, а разведенных - в 2,8 раз больше.

В большинстве же семей тех больных, которые продолжают состоять в браке, отмечаются нарушения семейных взаимоотношений – частые конфликты, ссоры, сексуальная распущенность, безразличное отношение к детям и семье, отсутствие заботы о близких, потребительское отношение к ним.

Дети в этих семьях в большинстве случаев воспитываются отдельно от своих родителей. С.О.Мохначев отмечает, что женщины, страдающие наркоманией, поражаются в социальном отношении более глубоко, так как их роль матери или потенциальной матери не согласуется со стилем жизни наркомана. У женщин-наркоманок часто наблюдается беспорядочность половой жизни; среди них очень высок процент проституток, несмотря на угнетающее действие героина на синтез половых гормонов и ослабление либидо. Женщины-наркоманки имеют большее число сексуальных партнеров по сравнению с мужчинами, они чаще вовлечены в проституцию и продолжают работать на улице только для того, чтобы обеспечивать себя средствами на наркотики.

Наркоман под давлением среды вынужден скрывать свой порок, но он ищет поддержку в какой-нибудь группе, которая приняла бы его. Обычно это отбросы общества и, вступая в такую группу, молодой наркоман вычёркивает себя из своего привычного окружения.

Постоянное состояние оглушения и неприятные последствия наркотического голода делают невозможными нормальную учёбу и работу, поэтому молодые наркоманы чаще всего нигде не учатся и не работают. Кроме того, у наркомана-подростка нет денег для покупки наркотиков. Остаётся один путь - преступление. Для удовлетворения своей преступной и всеразрушающей страсти наркоман, не раздумывая, идёт на любые правонарушения - кражу, взлом аптек, подделывание рецептов, проституцию и даже убийство.

Для больных наркоманиями характерным является антисоциальное поведение. Они совершают отдельные или многочисленные действия, противоречащие правовым или нравственным нормам. Им могут быть свойственны уголовно ненаказуемые, но аморальные поступки (пьянство, стяжательство, сексуальная распущенность, конфликты в семье и с ближайшим окружением). Они часто совершают агрессивные поступки, проявляют неприязнь или недоброжелательность, вплоть до словесных оскорблений, или применяют грубую физическую силу, демонстрируя свое превосходство над другим человеком или группой лиц. Чаще всего аффективные вспышки у них возникают психогенно и характеризуются бурными эмоциональными и вегетативными проявлениями – гневом, радостью, тоской, страхом или тревогой.

Наконец, многочисленные исследования свидетельствуют о наличии связи между наркотической зависимостью и делинквентным поведением. Так, с 2004 по 2009 гг. число зарегистрированных преступлений, связанных с наркотическими или другими одурманивающими веществами

•
в России, увеличилось в 6 раз. В 2008 году общее число россиян, совершивших правонарушения, связанные с наркотиками, достигло почти 190 тысяч человек. Численность осужденных по приговорам судов, вступивших в законную силу по преступлениям в связи с незаконным оборотом наркотиков – ст. 228, ч. 1,2,3 УК РФ за 6 лет увеличилась в 10 раз.

Описан целый ряд различных правонарушений, совершаемых наркозависимыми: это профессиональные правонарушения, т.е. наркозависимые не выполняют трудовой договор и неоднократно совершают различные нарушения в рамках своей профессии. Это уголовные правонарушения, представляющие опасность и причиняющие ущерб обществу и отдельным лицам (причинение вреда здоровью и жизни; хищения собственности и др.). Это административные правонарушения, выражающиеся в посягательстве на установленный общественный порядок, прав и свободы граждан. Наркозависимые нарушают правила дорожного движения, таможенного контроля, посягают на деятельность и собственность частных или юридических лиц и т.д. Это, наконец, экономические правонарушения, такие, как незаконная предпринимательская, банковская деятельность, уклонение от налогов, заведомо ложная реклама, контрабанда, подделка денег и документов. В.Ф.Егоров отмечает, что наиболее чаще совершают правонарушения больные опийной (героиновой) и кокаиновой наркоманиями, реже – гашишной и другими формами наркоманий.

Отметим также, что исследования Н.Грэхэма указывают на более высокую преступность среди женщин, злоупотребляющих наркотиками, по сравнению с мужчинами-наркоманами.

Происходит утрата духовных ценностей как следствие приема наркотиков. Главным в этом аспекте является то, что зависимый человек теряет нравственный стержень. Ему становятся безразличны такие понятия, как высокие духовные идеалы и ценности (вера в бога, любовь к родине, забота о людях, сострадание к слабым и больным, альтруизм, самопожертвование).

Следует отметить, что на фоне распада «здоровых» социальных связей происходит формирование новых, образуемых на основе тяги к наркотику. Как пишет Н.А.Должанская, «в самом общем виде, развитие личности по наркоманическому типу обуславливается процессом вхождения больного в новую социальную среду, в данном случае наркоманическую (наркотическую). Вхождение индивидов в неблагополучную социальную нишу, приводящее к исключенному становлению и/или характерным изменениям личности, включает фазы адаптации, индивидуализации и интеграции.

В начале имеет место адаптация как усвоение действующих в группе норм и ценностей, овладение соответствующими (в данном случае – для наркомана) средствами и формами деятельности, определенными навыками и, тем самым, до некоторой степени уподобление индивида другим членам той же общности (наркоманической среды), т.е. наркоманы становятся похожими друг на друга в поведенческом плане.

•

Далее следует фаза индивидуализации, характеризующаяся поиском средств и способов обозначения своей индивидуальности в новых обстоятельствах: сочетанное или комбинированное употребление различных психоактивных веществ, индивидуальное повышение доз, раскрытие перед группой своих «похождений» и возможностей в приобретении наркотиков, особых способов их реализации, умение красочно описать состояния «кайфа» у себя и, таким образом, привлечь повышенное внимание окружающих.

Фаза интеграции детерминируется противоречием между стремлением зависимого быть идеально представленным своими особенностями и отличиями в нормальной среде (семья, школа, вуз, работа, врачи), с одной стороны, и потребностью наркоманической общности принять, одобрить и культивировать лишь те аддиктивные особенности, которые на самом деле способствуют деградации зависимого.

В связи с тем, что ситуации адаптации (дезадаптации), индивидуализации (деиндивидуализации), интеграции (деинтеграции) при последовательном или параллельном вхождении наркоманов в различные социальные группы многократно воспроизводимы, закрепляются соответствующие личностные (психологические) новообразования, в результате чего складывается достаточно устойчивая структура наркоманической личности, что и будет рассмотрено нами ниже.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. Какое действие на деятельность головного мозга оказывают психоактивные вещества?
 2. Какие наиболее выраженные изменения психики развиваются у людей употребляющих наркотические вещества?
 3. Как изменяется социальный статус наркопотребителей?
 4. Какие системы организма наиболее страдают при применении наркотических веществ?
 5. Какое действие оказывают наркотики на репродуктивное здоровье?
 6. Каковы социальные и психологические последствия приема наркотических средств?

ЛЕКЦИЯ 5. ПРИЧИНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

5.1 Аддиктивное поведение детей и подростков

Понятие аддиктивного поведения

Аддиктивное поведение - термин, обозначающий поведение человека, который злоупотребляет алкоголем или другими наркотическими (токсикоманическими) веществами.

•

Этот этап злоупотребления предшествует формированию психической и физической зависимости от алкоголя, наркотиков или других токсикоманических веществ. Независимо от того, каким именно веществом злоупотребляет человек, поведение его называется аддиктивным, поскольку в психологическом смысле все это имеет единую природу. Обыденные представления о том, что пьянство «лучше», чем употребление наркотиков, являются заблуждением. В строго научном смысле употребление крепкого кофе, чая (тем более, «чифира»), курение табака тоже являются «слабыми наркоманиями». Конечно, внешняя картина поведения, как исубъективное состояние человека после приема того или иного вещества, различна, но суть их одна - изменение психического состояния. Поэтому в контексте рассмотрения психологического аспекта проблем алкоголизма, наркомании и токсикомании целесообразно объединить все вещества, вызывающие изменения психического состояния в одно название. Обоснование такого объединения мы находим как в отечественных, так и в зарубежных литературных источниках.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила алкоголизм как одну из форм наркоманической зависимости и предлагает использовать термин «зависимость» как в отношении алкоголя, так и других наркотических средств (см. доклады экспертов ВОЗ № 516 и № 526 за 1974 г.). В третьем издании справочника по диагностике и статистике психических расстройств определяются пять видов веществ, употребляемых человеком для изменения своего психического состояния: алкоголь, барбитураты и седативные средства с аналогичным действием; опиаты; амфетамин и психостимуляторы с аналогичным действием; препараты индийской конопли (гашиш, марихуана).

Учитывая то, что употребление тех или иных из перечисленных веществ во многом определяется степенью сформированности химической зависимости, зарубежные ученые предлагают рассматривать стадии развития наркомании в соответствии с тем, какое вещество принимает человек:

1-я стадия - курение табака (никотиномания);

2-я стадия - употребление алкоголя;

3-я стадия - курение марихуаны;

4-я стадия - употребление собственно наркотических препаратов, запрещенных для медицинских целей.

Наркотик отличается от вещества, вызывающего токсикоманию, только с юридической точки зрения. Алкоголь отличается от наркотика и токсикоманического вещества в социальном смысле, т.е. просто более приемлем для нашего общества в силу сложившихся культурно-исторических традиций (так, например, в мусульманских странах люди, придерживаясь запрета на алкоголь, считают вполне социально-приемлемым умеренное употребление препаратов из конопли). В психологическом же смысле все эти вещества фактически не отличаются. Поэтому вполне

•
правомерно объединить их терминами «психоактивные» или «психотропные», т.е. изменяющие психическое состояние, вещества.

Проблема предупреждения употребления несовершеннолетними психотропных веществ не является лишь частью проблемы профилактики алкоголизма и наркомании взрослых. Несмотря на то, что подростки и взрослые пьют одни и те же спиртные напитки и употребляют такие же наркотики, в психологическом смысле это разные явления. Попытка решить проблему алкоголизма и наркомании разом для подростков и взрослых, применяя одинаковые методы воздействия (причем, в основном медицинские, юридические, пропагандистские), вряд ли даст положительный эффект. Это объясняется тем, что психика подростков отличается от психики взрослого человека. Жизнедеятельность подростка во всех своих проявлениях (включая употребление психотропных веществ) развивается по своим специфическим закономерностям.

До эпохи Возрождения, дети в изобразительном искусстве представлялись подобными взрослым (мика, пропорции тела), только меньшими. Сейчас во многих работах подростковый алкоголизм изображается подобно взрослому, только тяжелее. Но ранняя форма алкоголизма подростка отличается от алкоголизма, развивающегося у взрослого, качественно. Иное качество мы видим и в предпосылках, и в клинике, и в последствиях.

Систематическое употребление психотропных веществ несовершеннолетними следует рассматривать прежде всего как психолого-педагогическую, а не медицинскую проблему. Это обусловлено тем, что пьянство подростков, наркомания или токсикомания всегда связаны с другими нарушениями поведения.

Если алкоголизм или наркомания у взрослого человека долгое время может развиваться скрыто, не отражаясь на трудовой деятельности, социальном статусе, у несовершеннолетних, наоборот, сначала происходит социальная дезадаптация, а потом уже присоединяется употребление алкоголя или других психотропных веществ. Аддиктивное поведение является составным элементом отклоняющегося поведения, как бы наслаиваясь на социальную дезадаптацию подростка.

Исключение составляют биологически предрасположенные к алкоголизму подростки, у которых болезнь может возникнуть в результате случайной пробы спиртного.

Детские психиатры считают, что у подростков практически невозможно разграничить ситуационные нарушения поведения и проявления начинающегося заболевания. Типичная ситуация, когда подросток «отбилась от рук», перестал выполнять требования родителей, учителей, стал плохо учиться, пропускать уроки, грубить, проводить все время с компанией себе подобных, распивать спиртные напитки или экспериментировать с другими психотропными веществами, может быть следствием влияния одного из следующих факторов (или их сочетания). Во-первых, это может быть реакцией здорового подростка на сложную ситуацию в семье или школе. Во-вторых, проявлением чисто возрастной особенности - негативизма, как крайнего проявления реакции

•
эмансипации или одной из форм поискового поведения. Все это, чаще всего, с возрастом проходит само собой, по мере общей стабилизации поведения. В-третьих, это может быть проявлением психических расстройств или декомпенсацией акцентуаций характера подростка.

Аддиктивное поведение подростков с трудом поддается однонаправленному анализу, поскольку социально-психологические и педагогические факторы здесь тесно переплетены с патологическими, касающимися психиатрии и наркологии. Поэтому нам представляется более продуктивным рассматривать употребление несовершеннолетними психотропных веществ не в рамках наркологических представлений, а с позиций междисциплинарного подхода, как одну из форм проявления специфически-подростковых или ситуационно-личностных поведенческих реакций.

Подтверждают сказанное и многие исследования, доказавшие, что пьянство и наркомания несовершеннолетних – это, прежде всего, проявления нарушений поведения, которые, в свою очередь, обусловлены социальной средой. 75% подростков, поступающих на обследование в связи с употреблением психотропных веществ или на лечение от наркомании, росли в неблагополучных семьях; до 90% правонарушителей - тоже выходцы из неблагополучных семей; 76% пьющих подростков воспитывались в неблагополучных, а 50% - в неполных семьях.

Изучение особенностей злоупотребления несовершеннолетними алкоголем показывает, что алкоголизм у подростков отличается от течения заболевания у взрослых. Употребление алкоголя в раннем возрасте имеет гораздо более тяжелые последствия для развития психики. Тем не менее, до окончания подросткового возраста следует говорить не об алкоголизме, а об интоксикации организма, так называемой злокачественной алкоголизации.

Аналогичное влияние оказывает возраст на стадии и формы употребления наркотиков и других психотропных веществ. Поэтому можно сделать вывод, что и физиология подростка, и его психология, и социальный статус определяют иные, качественно отличные подходы к проблеме предупреждения и преодоления употребления психотропных веществ несовершеннолетними по сравнению со взрослыми.

Причины употребления психоактивных веществ подростками

Причины алкоголизма и наркомании несовершеннолетних сложны и многоаспектны: от экономических и социальных до психофизиологических, включая свойства самих психотропных веществ, точнее, специфику их влияния на мозг человека. Тем не менее, ни одна из этих причин не является решающей, не может выступать как основополагающая в возникновении аддиктивного поведения конкретного подростка или юноши.

Сочетание различных факторов возникновения психической зависимости от алкоголя или наркотиков, интенсивность их влияния, безусловно, имеют значение, однако главная роль принадлежит все же переживанию подростком своей жизненной ситуации. Именно этим и объясняются

•
те реальные факты и жизненные наблюдения, когда один ребенок из самой неблагоприятной среды, отрицательной семейной атмосферы вырастает достойным человеком, а другой, из вполне благополучной, обеспеченной семьи, занимающей довольно высокое социальное положение, становится наркоманом или алкоголиком.

Подростковый возраст совершенно справедливо называют критическим. Великий исследователь вопроса здоровья и долголетия человека И.И. Мечников писал: «Сама человеческая природа служит причиной того, что чувственность развилась слишком рано, предшествуя зрелости половых элементов. ...Сильные неудобства вызывает также и то, что половая зрелость предшествует общей зрелости и развитию характера».

Это нередко делает молодежь неуправляемой, ведёт к дисгармонии чувств, влечений и потребностей.

Подогреваемый пламенем желез внутренней секреции, и особенно половых, этот период созревания наиболее интенсивный. Развиваются все функции тела, подготавливая его к биологическому совершенству, к пробуждению новых для подростка, ещё не изведанных чувств.

В благоприятных социальных условиях подростковый возраст - зачаток будущей, возможно, созидательной творческой деятельности. Повседневно мы видим вдохновляющие примеры: подростки завоёвывают олимпийские медали, пишут стихи. Мечты, увлечённость юного существа могут быть беспредельны, но порой и неуправляемы, и несамокритичны. Пытаясь утвердить себя, подросток может оказаться в «тёплой» компании сбившихся с пути сверстников, имеющих питейный опыт, опыт наркомании, склонных к антиобщественным поступкам.

По мнению Ж. Бержере, наркозависимость формируется в присутствии трех факторов: *наличия наркотика*, которому присваивается магическая сила, *определенных обстоятельств и внутренней предрасположенности к аффективным недостаткам в индивидуальности субъекта*. Наркомания, как этикетка, маскирует глубинные причины тревоги субъекта и его потребности в аффективной зависимости. Наркотик оказывает объективное непосредственное воздействие на человека, но его эффекты недостаточно изучены, чтобы судить обо всех механизмах его действия на личность. Эти эффекты при приобщении человека к наркотическим веществам активизируются и становятся заметными.

Факторами возникновения у несовершеннолетних потребности в употреблении психотропных веществ являются: неблагоприятная микросоциальная ситуация развития, отклонения в функционировании высшей нервной деятельности, возрастные особенности. В том случае, когда неблагоприятное влияние указанных факторов, благодаря вмешательству взрослых, устраняется или компенсируется, злоупотребление прекращается без традиционного лечения и применения медикаментозных препаратов. И наоборот, никакие лекарства, угрозы и наказания не помогут, если от-

•
существуют условия для удовлетворения жизненно важных социальных потребностей подростка, фрустрированных указанными выше факторами.

Трудности и низкая эффективность преодоления и профилактики употребления психотропных средств несовершеннолетними состоят, прежде всего, в том, что ответственные за это взрослые ошибочно полагают, что это проблема наркологии. На самом деле, в силу возрастных особенностей формирующейся личности, причины всех проявлений отклоняющегося поведения у подростков едины. Правонарушения, алкоголизм, наркомания и токсикомания, аффективные и невротические расстройства - все это звенья одной цепи.

Факторы наркотизации подростков условно можно разделить на три группы:

- Семейные
- Личностные
- Средовые

Средовые, в свою очередь, делятся на затрагивающие среду друзей («ближнее окружение»), «общесоциальные» и «школьные».

Семейные факторы

В плане возникновения и развития зависимости от психоактивных веществ семья и ближайшее окружение подростка играют иногда фатальную роль. В этом тоже проявляется качественное отличие подросткового алкоголизма или наркомании от взрослого. Например, если взрослый человек сам может выбрать свое микросоциальное окружение, противостоять пагубному влиянию, наконец, может просто уйти, уехать, то для подростка такая свобода действий чаще всего невозможна. Попадая в пьянствующую компанию, подросток следует в русле ее алкогольных обычаев, т.е. пьет так, чтобы «не отстать от других», а не в соответствии со своим самочувствием, как это делает взрослый человек. Поскольку в таких компаниях обычно принято пить до «отключения», подросток, подражая уже сформировавшимся алкоголикам, употребляет большие дозы спиртного. Это приводит к тому, что контроль организма за количеством выпитого подавляется с самого начала. Иными словами, стадии опьянения с самого начала извращаются, что ведет по кратчайшему пути от злоупотребления к болезни, причем признаки алкоголизма могут наблюдаться раньше, чем болезнь сформируется окончательно.

Практически нет ни одного социального или психологического аспекта поведения подростка или юноши, который не зависел бы от семейных условий в настоящем или прошлом. Помимо образовательного уровня родителей сильно влияет на судьбу подростков и юношей состав семьи и характер взаимоотношений между ее членами. Неблагоприятные семейные условия характерны для подавляющего большинства так называемых трудных подростков. «Трудных» в социальном (несовершеннолетние правонарушители) и психологическом (подростки с психическими отклоне-

•
ниями) смысле. Не меньшее влияние на личность подростка оказывает стиль отношений с родителями, который лишь отчасти обусловлен их социальным положением.

В определенных обстоятельствах приходится наказывать ребенка, но ни в коем случае наказание не должно унижать человеческого достоинства. Иначе ребенок приходит к выводу - сильный всегда прав. Эти уроки насилия, полученные в семье, он несет на улицу, в свою компанию.

Исследования, проведенные учеными, показали, что большинство правонарушителей живет в семьях с удовлетворительными материальными и жилищными условиями. Трудные подростки вырастают в трудных семьях, где наблюдается скрытая от глаз окружающих безнадзорность детей. Ребенок одет, обут, вовремя накормлен, а на самом деле семью раздирают внутренние противоречия и конфликты, отец и мать заняты собой и своими отношениями, им не до детей. В такой семье каждый сам по себе, никто не хочет поступиться своими личными интересами. В семье зачастую недостает атмосферы подлинной духовности, способствующей развитию у ребенка доброго и внимательного отношения к природе, людям, ко всему живому, уважения к личности.

Озабоченность родителей своим социальным положением, напряженность, тревожность, конфликты, часто возникающие в отношениях между бизнесменами и их супругами и детьми, создают неблагоприятную обстановку в семье, что не может не отразиться на психологическом благополучии подростка.

Н.М. Абдиров и М.К. Иктынбаев в своем исследовании утверждают, что в основе наркотизма несовершеннолетних лежат, прежде всего, изъяны воспитания, влияющие на формирование нравственного облика подростка, недостатки и упущения в деятельности социальных институтов, призванных вести борьбу с этим злом. В совокупности с внешними обстоятельствами, способствующими распространению наркотизма среди несовершеннолетних, упущения в воспитании личности подростка создают ту негативную основу, которая может реально способствовать наркомагии.

В исследовании рассматривались следующие важные факторы.

1. Социальное окружение наркозависимых. Было обнаружено, что большая часть подростков живут в полноценных семьях, у большинства наркозависимых никто из родственников не употребляет наркотики. Это указывает на то, что группа риска не ограничивается только детьми из неблагополучных семей, так как и те и другие могут оказаться дисфункциональными семьями.

2. Высокий образовательный уровень родителей также не является гарантией от риска приобщения детей к наркотическим средствам.

3. Микросреда подростка не ограничивается семейным кругом или близкими родственниками, поэтому будет ошибкой утверждать, что если в семье никто не имеет вредных привычек, таких, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, то ребенок не будет приобщаться к нарко-

•
тикам. Также нельзя пренебрегать тем, что наличие в семье членов, имеющих вредные привычки, увеличивает вероятность приобщения подростка к наркотическим веществам.

Родители, употребляя социально приемлемые наркотики – сигареты, алкоголь, сами того не подозревая, формируют установку подростков на прием наркотических веществ как «нормального» общепринятого поведения. Табакокурение и алкоголь являются для молодых людей первым шагом на пути к более сильным наркотическим средствам.

Из-за этих зловещих явлений ребенок усваивает скверные примеры, из-за этого возникает вообще отсутствие всякого воспитания, из-за этого дети лишаются родителей, попадают в детские дома и т.д. Чтобы были благополучными дети, должны быть, прежде всего, благополучными их родители.

Сибсы(родные братья и сестры) могут являться как положительными, так и отрицательными примерами для подражания, а также поставщиками наркотиков. Что касается мужчин, то старшие братья оказывают сильное положительное или отрицательное влияние на младших в ситуации, когда наркотики употребляют родители или сверстники.

И, наконец, несоизмеримо чаще случаи употребления наркотиков встречаются среди детей из неполных семей или воспитываемых приемными родителями.

Фактор неблагоприятных условий социальной среды во многом определяет, особенно у несовершеннолетних, динамику злоупотребления алкоголем или наркотиками. Однако понятие «неблагоприятная среда» в применении к детям обычно трактуется слишком узко. Называя данный фактор, многие подразумевают при этом лишь неблагополучные или неполные семьи, где родители (или один из них) пьют, ведут аморальный образ жизни, а также конфликтные семьи, где ребенок постоянно видит ссоры, скандалы, а то и драки. Безусловно, все эти признаки входят в понятие неблагоприятных условий воспитания, однако не являются исчерпывающими. Они отражают поверхностный взгляд на явление, улавливающий лишь очевидное, не вскрывают внутренней психологической сути происходящего.

Для формирования личности ребенка важны не столько факты, события, происходящие в семье, сколько их значение для него. Рассмотрим типы неправильного семейного воспитания и их роль в формировании личности, в первую очередь личности ущербной, прибегающей к химическим способам изменения своего психического состояния.

Конечно, в каждой семье есть свои нюансы, сложности и проблемы. Попытка все это схематизировать и дать точную классификацию типов воспитания детей, куда бы «вписалась» любая конкретная семья, вряд ли осуществима. Любой конкретный случай всегда индивидуален, как и каждый человек с его субъективностью и неповторимостью. Однако можно определить основные параметры воспитательных воздействий, различные сочетания которых составляют типы семейного воспитания.

•

Гиперпротекция. Повышенная опека ребенка, лишение его самостоятельности, чрезмерный контроль за поведением - все это характеризует воспитание по типу гиперпротекции. Когда родители, боясь «дурного влияния», сами выбирают друзей, сыну или дочери, организуют досуг своего ребенка, насильно навязывают свои взгляды, вкусы, интересы, нормы поведения - это доминирующая гиперпротекция. Часто такой тип воспитания встречается в авторитарных семьях, где детей приучают безоговорочно подчиняться родителям или одному из взрослых членов семьи, волю которого исполняют все остальные. Эмоциональные отношения здесь обычно сдержанные. У детей нет глубокого душевного контакта с отцом и матерью, поскольку постоянная строгость родителей, их контроль и подавление инициативы ребенка мешают естественному развитию детской привязанности и формируют только уважение и страх.

Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции у повзрослевшего ребенка вызывает либо гипертрофированную реакцию эмансипации, и подросток вообще выходит из-под контроля родителей, становится неуправляемым (первый вариант), либо формирует конформный (приспособленческий, пассивный) тип личности. Во втором варианте ребенок вырастает безвольным, во всем зависит от влияния окружающей среды или от лидера, более активного, чем он сам. У него не развивается чувство ответственности за свои действия, самостоятельность в принятии решений, нет цели в жизни. Он часто оказывается беспомощным в новой ситуации, неприспособленным, склонным к невротическим или непродуктивным реакциям.

Асоциальные группы привлекают таких подростков чаще всего тем, что они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие «давления» со стороны родителей. Они легко идентифицируют себя с другими подростками и охотно подчиняются лидеру, как раньше подчинялись отцу или матери. Обычно такие метаморфозы происходят во время длительного срока пребывания вне дома, например, учеба в другом городе, в техникуме, училище; переезд из села в город; поступление на работу и т.п. Оставшись без «поводыря», они готовы следовать за первым попавшимся человеком, который захочет «вести» их за собой. Например, если такой подросток, поступив работать на завод, попадет в бригаду, где по любому поводу принято употреблять спиртное, то он, не задумываясь, перенимает эту традицию, заставляет себя пить, выполняя требования традиций, подражая старшим членам бригады и безоговорочно подчиняясь им.

К доминирующей гиперпротекции относится и воспитание в условиях высокой моральной ответственности. Здесь повышенное внимание к ребенку сочетается с ожиданием от него успехов гораздо больших, чем он может достичь. Эмоциональные отношения более теплые, и ребенок изо всех сил искренне старается оправдать надежды родителей. В этом случае неудачи переживаются очень остро, вплоть до нервных срывов или формирования комплекса неполноценности. В результате такого стиля воспитания возникает страх перед ситуацией напряженности, испытанием, что в дальнейшем часто становится толчком к употреблению психотропных веществ.

•

Повышенное внимание к ребенку в сочетании с тесным эмоциональным контактом, полным принятием всех поведенческих проявлений означает воспитание по типу потворствующей гиперпротекции. В этом случае родители стремятся выполнить любую его прихоть, оградить от трудностей, неприятностей, огорчений. В такой семье ребенок всегда находится в центре внимания, он - объект обожания, «кумир семьи». «Слепая» любовь побуждает родителей преувеличивать его способности, не замечать отрицательные качества, создавать вокруг ребенка атмосферу восхищения и похвалы. В результате, у детей формируется эгоцентризм, завышенная самооценка, непереносимость трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. Такие подростки считают себя стоящими вне критики, осуждений и замечаний. Свои неудачи они объясняют несправедливостью окружающих либо случайными обстоятельствами. Эту позицию формирует и подкрепляет поведение родителей, которые всегда активно отстаивают интересы своего сына или дочери, не желают слушать об их недостатках и обличают всех, кто «не понимает» их ребенка или «виновен» в его неудачах.

Естественно, что личность, сформированная в условиях воспитания по типу потворствующей гиперпротекции, очень часто испытывает отрицательные переживания при первых же столкновениях с реальностью. Лишение привычной атмосферы восхищения и незатрудненного удовлетворения желаний вызывает у подростка социальную дезадаптацию, поскольку воспринимается им как кризисная ситуация. Неумение преодолевать трудности, отсутствие опыта переживания отрицательных эмоций побуждают его к употреблению психотропных веществ, поскольку они дают возможность быстро без всяких усилий (волевых, интеллектуальных, духовных) изменить свое психическое состояние.

Следует отметить, что подростки, воспитывающиеся в условиях потворствующей гиперпротекции, крайне редко попадают в поле зрения нарколога не потому, что среди них реже встречаются случаи употребления психотропных веществ. Просто родители всеми силами стараются скрыть факты употребления алкоголя или наркотиков. Сначала они пытаются оправдать своего ребенка, как бы «не замечая» того, что происходит, или объясняя такое поведение подростка его тонким душевным складом, необходимостью стимулирования творческих способностей. Затем подростка начинают лечить частным образом, чтобы избежать постановки на наркологический учет. И только когда подросток совершает преступление или все средства самостоятельного лечения исчерпаны, он поступает в наркодиспансер, чаще всего уже в очень запущенном состоянии.

Гипопротекция. Воспитание по типу гипопротекции, напротив, означает пониженное внимание к ребенку. В этом случае родители крайне мало интересуются делами, успехами, переживаниями подростка. Формально запреты и правила в семье существуют, требования к ребенку предъявляются, но родители не контролируют их выполнение, забывая, что они вчера требовали от сына или дочери. Ситуация бесконтрольности, а то и безнадзорности ребенка обусловлена либо

•

равнодушием родителей, либо их чрезмерной занятостью, сосредоточенностью на других жизненных проблемах. Недаром у подростков, ставших алкоголиками, родители либо нигде не работали и вели паразитический, асоциальный образ жизни, либо, наоборот, были очень добросовестными, ответственными административными или научными работниками.

Если гипопротекция сочетается с хорошим эмоциональным контактом, т.е. родители любят ребенка, хотя и не занимаются его воспитанием, то такой ребенок растет в ситуации вседозволенности, у него не вырабатывается привычка к организованности, планированию своего поведения. Преобладают импульсы, отсутствует представление о том, что «хочу» должно быть на втором месте после «надо». У таких детей к подростковому возрасту, по сути, не развивается саморегуляция, и их поведение аналогично поведению акцентуантов по неустойчивому типу.

К серьезным негативным последствиям ведет воспитание в условиях гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью родителей, отсутствием душевного контакта. В этом случае ребенок постоянно ощущает свою ненужность, обделенность лаской и любовью. Он тяжело переживает равнодушное отношение, пренебрежение со стороны отца и матери, и эти переживания способствуют формированию у него комплекса неполноценности. Дети, лишенные любви и внимания родителей, вырастают озлобленными, агрессивными. Они привыкают рассчитывать только на самих себя, во всех видят врагов, а своей цели добиваются силой или обманом.

Наиболее часто сочетание гипопротекции с эмоциональной холодностью (вплоть до эмоционального отвержения) встречается в социально неблагополучных семьях. В тех случаях, когда родители злоупотребляют алкоголем, ведут аморальный образ жизни, дети обычно брошены, предоставлены самим себе, лишены элементарного ухода и заботы. Здесь часто применяют к детям физические наказания, побои и истязания за малейшие проступки или просто так, чтобы «сорвать зло». Тяжелая домашняя обстановка побуждает подростка искать утешения в компании таких же обездоленных сверстников. Усвоенные от родителей представления о жизни и ее ценностях (асоциальное поведение, злоупотребление спиртными напитками, принципы типа «у кого сила, тот и прав» и др.) они переносят в эту уличную группу, образуя свою криминогенную среду.

Очевидно, что воспитание по типу гипопротекции, по сути, оставляет ребенка «один на один» с жизненными трудностями. Лишенный руководства взрослого, его защиты и поддержки, он испытывает отрицательные эмоциональные состояния гораздо чаще, чем может выдержать еще не сформировавшаяся личность. Поэтому вместе умения преодолевать трудности, искать выход из фрустрирующей ситуации подросток ищет способ снять напряжение, изменить свое психическое состояние. В этом случае психотропные вещества выступают для него универсальным средством для решения всех его жизненных проблем.

Помимо рассмотренных выше основных типов неправильного воспитания, существует еще множество подтипов, где переплетаются различные элементы, входящие в основные. Собственно,

•
в чистом виде указанные типы воспитания встречаются в реальной жизни гораздо реже, чем их сочетания. Это обусловлено прежде всего тем, что в настоящее время семья не представляет такого единства, как это было в прошлом веке. Зачастую сейчас члены семьи относятся к ребенку по-разному, создавая каждый свои условия воспитания. Например, отец может осуществлять воспитание сына по типу гипопротекции в сочетании с эмоциональной холодностью, мать - по типу доминирующей гиперпротекции в сочетании с повышенной моральной ответственностью, а бабушка, с которой внук проводит основную часть своего времени, - по типу потворствующей гиперпротекции. Что вырастет из такого ребенка? Трудно сказать. Но можно с уверенностью заявить, что условия для формирования его личности крайне неблагоприятные.

Неконгруэнтность в общении, альтернирующее воспитание. Ситуация, в которой к ребенку предъявляются противоречивые требования, когда устои и традиции в семье практически отсутствуют, а нормы поведения непостоянны, наиболее опасна для формирования личности ребенка, особенно в раннем возрасте. Современные исследования показывают прямую связь алкоголизма и наркомании несовершеннолетних с такими условиями развития, как альтернирующий (переменный, чередующийся) тип эмоциональных отношений со стороны родителей и неконгруэнтность общения родителей с детьми.

Неконгруэнтность, т.е. несоответствие слов родителей интонации и мимике, часто встречается в случае скрываемого эмоционального отвержения ребенка. Слушая наставления и поучения родителей, находясь под постоянным контролем и вниманием взрослых, ребенок в то же время чувствует их неискренность, глубоко спрятанное равнодушие. Такое положение может сложиться в семьях с появлением мачехи или отчима, которые стараются играть роль хороших родителей. Ребенок глубоко переживает эту ситуацию, тонко чувствует фальшь отношений, понимает, что он «лишний», что его не любят. Менее очевидно для взрослых, но не менее остро для ребенка проявляется аналогичная ситуация и в родной семье. Например, радостный, сияющий первоклассник, весь измазанный грязью, с восторгом рассказывает матери, как они сажали деревья в школьном дворе. Мать хвалит его за участие в полезном деле, но лицо ее выражает досаду и недовольство по поводу испачканной одежды. Если ребенок постоянно сталкивается с тем, что родители, вроде бы слушая и отвечая ему, думают совсем о другом и это отражается в их мимике и интонациях, его внимание раздваивается из-за противоречивого содержания общения. Это отражается и на его поведении, делая ребенка двигательно расторможенным, гиперактивным. Получая противоречивую информацию от родителей, ребенок никогда не научится концентрировать свое внимание, вырабатывать формы целенаправленного поведения.

Еще более негативные последствия дает альтернирующее, т.е. неустойчивое эмоциональное, отношение со стороны родителей, особенно матери. Имеется в виду непоследовательность, немотивированность эмоциональных проявлений, когда похвала или упрек зависят от настроения,

•

а не от объективного (хорошего или плохого) поведения ребенка. Особенно отрицательно сказывается такой тип отношений, если он начинается с раннего детства. Например, когда мать в хорошем настроении, она обнимает, целует ребенка, увлеченно играет с ним, т. е. создает ему ситуацию удовлетворения, одобрения, счастья. Потом она отводит его в ясли или детский сад, уходит и надолго оставляет с чужими людьми, заставляя испытывать страх, тяжело страдать без ласки, утешения и, главное, ни за что, без всякой вины со стороны ребенка. Когда мать опять возвращается и забирает его домой, ей некогда играть с ребенком, она устала на работе, раздражена, сын или дочь кажутся ей надоедливими, невыносимыми, капризными. Поэтому мать отталкивает ребенка: «Отстань, мне некогда!», «Не мешай, я занята!», «Иди отсюда, играй сам, мне не до тебя тут!» Ребенок обижается, плачет, снова идет к матери. Мать наказывает его за капризы, а ребенок не может понять, за что: «Что случилось?», «Что плохого я сделал?» Утром он вел себя также, и все было хорошо, мать была довольна им, а вечером почему-то все плохо. Потом, когда мать опять в хорошем настроении, жизнь для ребенка снова прекрасна, хотя ведет он себя точно так же, как всегда.

В результате малыш усваивает тот факт, что все происходящее с ним (нежность и ласка матери или ее раздражительность и строгость) зависит не от его поведения, а от внешних причин, обстоятельств, времени. Вчера было плохо, сегодня хорошо, потом опять будет плохо, непонятно почему...

Ребенок не может понять, что происходит с матерью, почему она меняет одну «личину» на другую, относится к нему так по-разному. В конечном счете, он вообще отказывается от попыток понять причинно-следственные связи окружающего социума, не анализирует соответствие своих поступков социальным нормам, не вникает в причины изменения настроения у самого себя, не ищет источник своих радостей и огорчений, поскольку они непредсказуемы, как непредсказуемо настроение его матери. Такое непонимание причинно-следственных связей между поступками, действиями, настроением и эмоциональным состоянием, по мере взросления ребенка, делает все более прочным представление о неконтролируемости изменений своего психического состояния. Став взрослым, такой человек, желая поднять свое настроение (если оно не «хочет» повышаться само собой), прибегает к искусственному способу регулирования психического состояния, например, к употреблению психотропных веществ.

Помимо негативных последствий неправильного воспитания, особо следует отметить пагубное влияние на развитие ребенка неблагоприятной обстановки в семье, вызванной конфликтными отношениями между родителями. Ребенок (особенно маленький) не может определить, кто из родителей прав. Он не знает, на чью сторону становиться, и тяжело страдает, буквально «рываясь на части» между родителями, соперничая им обоим, потому, что он любит обоих и нуждается в любви отца и матери в равной степени. Позже он научится ограждать себя от таких пере-

•
живаний, начнет избегать семейных сцен, уходя из дому или не обращая на них внимания, иногда даже посмеиваясь над «причудами» родителей. Однако эта защита будет достигнута дорогой ценой - ценой отчуждения от родителей, высокомерия по отношению к ним, эгоизма, циничного отношения к чувствам других людей.

Влияние супружеских конфликтов не только на развитие личности, но и на возникновение отклонений в психике детей (неврозы, психотические реакции и др.) давно известно детским психиатрам. Если родители используют ребенка как орудие в семейных баталиях, то конфликт между взрослыми перекладывается на плечи детей, глубоко раня их неокрепшую психику. Например, мать, убеждая сына или дочь «не любить папу», вынуждает ребенка лгать, делать вид, что он действительно больше не любит папу в угоду маме, воспитывая в нем лживость, притворство, скрытность.

В некоторых случаях отклонения в развитии психики ребенка или его плохое поведение, возникшее как следствие конфликтных отношений между родителями, становятся стабилизаторами отношений в семье. Пока ребенок, на котором вымещается супружеский конфликт, болеет или его поведение вызывает опасение, муж и жена невольно объединяются в общей заботе о нем, острота их конфликта ослабевает. Когда ребенок выздоравливает или его поведение нормализуется, конфликт между родителями вспыхивает с новой силой. Получается, что выздоровление ребенка дестабилизирует такую семью, и, наоборот, эта семья сохраняется за счет здоровья ребенка. Поэтому лечение невротических или поведенческих расстройств у детей - это прежде всего лечение семьи, в которой они живут. Иногда удается вылечить некоторые расстройства (ночные страхи, внезапно возникающее заикание и другие отклонения), воздействуя только на родителей (в основном, на мать), даже без непосредственного контакта с ребенком.

Таким образом, семья, не сумевшая дать ребенку родительской любви, заботы, душевного контакта, ощущения защищенности, устойчивости и гармоничности отношений, приводит к самой разнообразной психической и личностной патологии в будущем, которая, в свою очередь, является предпосылкой употребления психотропных веществ.

Отчужденность детей от родителей, их безнадзорность, неумение почувствовать радость от хорошо выполненной работы приводят к невосприимчивости мира духовных ценностей, нравственных идеалов, признанных обществом.

Анализ семейных взаимоотношений показал, что для формирования аддиктивного поведения у подростков, употребляющих наркотические вещества, влияет качественная характеристика семейных взаимоотношений (образ жизни родителей, внутрисемейные отношения, особенности конфликтов, наличие или отсутствие эмоциональной теплоты).

•

Авторы ряда работ считают, что эмоциональное отвержение подростков родителями является одним из предрасполагающих факторов употребления психоактивных веществ. У подростков, использующих токсические вещества, выявлена блокировка потребности в матери.

В психодинамических теориях нарушения межличностных отношений родителей и детей считаются одной из основных причин формирования алкоголизма и наркомании. Согласно точке зрения австрийского психоаналитика В. Буриана, решающим фактором формирования зависимости в подростковом возрасте является алекситимия – трудности с вербализацией чувств.

Таким образом, на приобщение подростков к наркотикам влияют такие семейные факторы как:

- система распределения ролей, прав, обязанностей в семье,
- уровень конфликтности в семье,
- семейные традиции,
- отношение членов семьи к употреблению наркотиков,
- уровень доверия и взаимопонимания между родителями и детьми,
- знания родителей в вопросах воспитания и наличие у них единого подхода,
- характер системы контроля и воспитания,
- неполная семья,
- сильная занятость родителей.

Средовые факторы

В подростковом возрасте особое значение имеет общение со сверстниками. Общаясь с друзьями, подростки активно осваивают нормы, цели, средства социального поведения, вырабатывают критерии оценки себя и других, опираясь на заповеди «кодекса товарищества».

Общение является для подростков очень важным информационным каналом:

1) Общение - специфический вид межличностных отношений, он формирует у подростка навыки социального взаимодействия, умение подчиняться.

2) Общение - специфический вид эмоционального контакта. Дает чувство солидарности, эмоционального благополучия, самоуважения.

Психологи считают, что общение включает две противоречивых потребности: потребность в принадлежности к группе и в обособленности (появляется свой внутренний мир, подросток испытывает потребность остаться наедине с собой). Подросток, считая себя уникальной личностью, в то же время стремится внешне ничем не отличаться от сверстников. Типичной чертой подростковых групп является конформность - склонность человека к усвоению определенных групповых норм, привычек и ценностей, подражательность.

•

С одной стороны, стремление во чтобы то ни стало, быть такими же, как все, с другой - желание выделиться, отличиться любой ценой; с одной стороны, стремление заслужить уважение и авторитет товарищей, с другой - бравирование собственными недостатками. Страстное желание иметь верного близкого друга сосуществует у младших подростков с лихорадочной сменой приятелей, способностью моментально очаровываться и столь же быстро разочаровываться в бывших «друзьях на всю жизнь».

Чаще всего в группе сверстников подросток пытается решить следующие задачи развития: самореализация в значимой (но фрустрируемой – не поддерживаемой или подавляемой семьей) деятельности или поиск других деятельностей, заменяющих ее; преодоление «комплекса неполноценности» и стабилизация самооценки; психологическая защита в кризисных ситуациях и стрессах. Таким образом, к группе переходит часть основных по А.Н.Елизарову функций семьи; при этом переживания кризиса временно ослабляются, а невротические, инфантильные и акцентуированные черты характера компенсируются.

Если социум взрослых создает аномальные условия воспитания, и с переходом детей на следующий этап онтогенеза кризисное развитие их личности утяжеляется, ребенок «обнаруживает» новую, привлекательную для него группу и закрепляется в ней за счет реализации протестных реакций против взрослых и учебы. Асоциальная группа подчиняет ребенка.

Виды деятельности асоциальной группы: свободное времяпровождение без продуктивной деятельности; ранние формы группового наркоманического поведения: курение, употребление алкоголя и одурманивающих веществ); доминирование на «своей» территории; «завоевывание» новой или «чужой» территории; хулиганское поведение; воровство; развитые формы наркоманического поведения – регулярное употребление спиртного, пробы и регулярное потребление наркотиков.

В большей степени, чем на родителей, подростки полагаются на мнение друзей, находятся под их влиянием.

Существует мнение, что шанс стать наркоманом выше у тех, кто общается с людьми, употребляющими наркотики. Так как тенденция к подражанию является объективной особенностью процесса социализации формирующейся личности, то нельзя не учитывать и явление наркомании как одну из моделей социального поведения. Но подражание, на наш взгляд, далеко не главный фактор риска.

Мотив приема опьяняющих веществ детьми и подростками отличен от мотива взрослого человека. У последнего мотив всегда индивидуален, он знает, для чего принимает наркотик, и ждет определенного состояния. Ребенок и подросток принимают наркотик, потому что «принимают все», потому что это модно, потому что любопытно. Эти мотивы общие для группы. Группа

•

действует как целое, ею движет один мотив, даже если этот мотив не совпадает с мотивом индивида.

Подростки часто стремятся доказать в группе сверстников свою «крутизну». На самом деле они нередко испытывают сильную неуверенность в себе и используют наркотик для повышения активности, преодоления страха, как способ «казаться больше, чем есть на самом деле». Если же в подростковой группе кто-то начинает принимать наркотики, то не каждый подросток сумеет отказаться от их приема, так как именно группа сверстников становится для подростка источником норм, ценностей, стандартов поведения. А.Е.Личко и В.С.Битенский выделяют мотивы приема наркотиков в подростковой среде:

- социально-психологические – мотивы, обусловленные традициями и культурой;
- субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;
- псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к «наркотическим ценностям» подростковой группы.

В.С. Битенский считает, что эти мотивы характерны для начального этапа наркотизации (подростки часто объясняли употребление наркотиков тем, что они подчинялись давлению сверстников).

Молодежная субкультура также может являться фактором формирования аддикции. В настоящее время существуют некоторые виды молодежных субкультур (музыкальная, клубная), которые одобряют наркотики и создают высокий риск приобщения к ним большого числа молодых людей. Формируется особая наркоманская субкультура со специфическим образом жизни, своей системой ценностей, языком, атрибутами, стереотипами, установками, мифами. Наркоманская субкультура, втягивая в свою орбиту молодежь, выступает мощным фактором приобщения ее к наркотикам. Главной ценностью для этой части молодежи становится свободное времяпрепровождение, а употребление наркотика – символом и стилем жизни.

Таким образом, на приобщение подростков к наркотикам влияют такие факторы риска среди сверстников как: отношение «значимого окружения» к употреблению наркотиков; социально-психологический климат группы; роль подростка в группе; отношение группы к взрослым; ценностные ориентиры группы.

Социально-культурное влияние все же играет основную роль: особенности характера формируются в условиях конкретного социально-культурного окружения; психические или физические расстройства, не являющиеся врожденными, также формируются под воздействием внешних влияний, есть условия конкретной социальной среды.

Большое значение имеют этническая и культурная принадлежности индивида, распространенность в его витальном пространстве алкогольных традиций и привычек, среднее количество

•
алкоголя, приходящееся на душу населения в данном микросоциуме, отношение окружающих к пьянству, наркомании (осуждение или терпимость).

Перед глазами сегодняшних подростков год за годом непрерывным потоком проходит череда сцен насилия и беспорядка во всем мире.

Сегодняшней молодежи нелегко поверить в заверения об их безоблачном будущем. Неудивительно, что юноши и девушки нередко принимают самое активное участие в антиобщественных выступлениях, что они прибегают к наркотикам, воздействие которых уводит их от реальности. Такое саморазрушительное поведение – следствие ощущения собственной бесполезности и отчаяния.

Можно выделить следующие общесоциальные факторы: нормы, политику, законодательство в отношении к наркотикам; законодательство в области молодежной политики; доступность наркотиков; развитость системы социально-педагогической поддержки и помощи молодежи; общественные традиции; распространенность насилия; организованность досуга.

Одни подростки беспокоятся — поступят ли в колледж, другие, — какую выбрать профессию. Кто-то хочет порадовать родителей отметками, а кто-то — скрыть хорошую учебу от своей компании. Кому-то хочется учиться, кому-то — работать. Все эти обстоятельства и формируют школьный стресс, который развивается почти у каждого подростка.

Школьные факторы включают: успеваемость, частые переходы из школы в школу; систему воспитания в школе и участие педагогов в воспитательном процессе; уровень доверия в отношениях с учителем; социально-психологический климат в школе и классе; участие ребенка в школьном самоуправлении; желание учиться, регулярное посещение школы; неспособность справиться с общественными задачами.

Влияние отклонений в развитии психики ребенка на возникновение аддиктивного поведения

Наблюдения за алкоголиками, а тем более наркоманами, токсикоманами, которые добровольно отравляют свой организм, губят свою жизнь, вызывают сомнения в том, что они психически нормальные. Попытка объяснить возникновение у человека безудержной тяги к алкоголю тем, что изначально он был неполноценным в нервно-психологическом отношении, получила широкое распространение в начале двадцатого века. Относительно наркомании и токсикомании эта точка зрения сохраняется у многих наркологов и сейчас.

Однако по мере накопления научных данных выяснилось, что роль психопатологических факторов в этом случае была несколько завышена. «Если в 20-е гг. нашего века считалось, что 91% алкоголиков имели нервно-психические отклонения еще до начала заболевания, то уже в 50-е гг. исследователи называли значительно меньшее количество – 50-60%. В настоящее время эта цифра у большинства исследователей не превышает 25-40%».

•
Следует уточнить, что подразумевается под нервно-психическими отклонениями. Это понятие включает умственную отсталость, эмоционально-волевые отклонения и следствия органического поражения головного мозга разной степени выраженности. По данным В.Т. Кондратенко, среди подростков с признаками пьянства (эпизодическое, частое и систематическое) 24,8% составили психопаты; 12,4% - лица с отдаленными последствиями органического поражения головного мозга и психопатизацией личности; 10% - олигофрены (легкая и умеренная степень дебильности); 9% - лица с прочими психическими нарушениями.

Потребность в психоактивных веществах опосредованно связана и с *минимальными мозговыми дисфункциями*, к которым относятся незначительные нарушения нормального процесса созревания мозговых структур. Такие нарушения могут возникнуть вследствие родовой травмы, воздействия инфекций, токсических веществ, радиоактивного излучения как до рождения ребенка (через организм матери), так и после его рождения. У детей с минимальными мозговыми дисфункциями повышенная подвижность, они чрезмерно активны, беспокойны, не могут долго удерживать внимание, концентрировать его на чем-то одном, даже очень важном. Это сочетается со сниженной работоспособностью, обычно проявляющейся с началом обучения в школе.

При всем желании хорошо учиться такие ребята не могут сосредоточиться, они невнимательны к объяснениям учителя, быстро устают на уроке и начинают шалить, смешить других учеников. Иногда они проявляют раздражительность, агрессивность, плаксивость; либо становятся вялыми, апатичными и буквально «спят с открытыми глазами».

При благоприятных условиях развития, специальном щадящем режиме умственных нагрузок, доброжелательном отношении учителей, правильном воспитании в школе и дома минимальные мозговые дисфункции компенсируются и не приводят к отрицательным последствиям. В противном случае возможна социальная дезадаптация ребенка, что, в свою очередь, является почвой для возникновения потребности в изменении своего психического состояния.

Следующей группой отклонений в психическом развитии являются психопатии и акцентуации характера. Не все они являются предрасполагающими к употреблению психоактивных веществ. Напротив, при некоторых акцентуациях (*психастенический и астено-невротический* тип) очень редко встречаются подростки, принимающие наркотики или алкоголь.

Наиболее тесно связаны с употреблением психоактивных веществ неустойчивый, гипертимный, эпилептоидный, экзпозивный (возбудимый), истероидный типы акцентуаций характера у подростков.

Среди подростков с аддиктивным поведением акцентуации характера по *неустойчивому* типу встречаются едва ли не чаще всего. Это и понятно: изменить свое настроение (психическое состояние) от отрицательного к положительному они обычно стремятся с помощью чувственных

•
наслаждений, а психоактивные вещества как раз и дают этот эффект «в чистом виде», без каких-либо духовных усилий или продуктивной деятельности с их стороны.

Черты характера *гипертимных* подростков являются благодатной почвой для делинквентного поведения. Познакомившись с асоциальной группой, такие подростки сразу принимают ее законы и с удовольствием включаются в противоправную деятельность. В правонарушениях их привлекает, прежде всего, риск, пьянящее чувство опасности. Они любят участвовать в рискованном «деле», удовлетворяя при этом свое стремление к приключениям, авантюрам, желание чувствовать себя героем среди асоциальных сверстников. После успешно проведенной «операции» подростки любят выпить и «побалдеть» в веселой компании. Не задумываясь, охотно принимают предложение попробовать наркотик. В этом случае они опять же удовлетворяют свою потребность в новых ощущениях, меняя состояние своего сознания теперь уже с помощью психотропных веществ.

Поскольку черты характера подростков с *эпилептоидной* акцентуацией препятствуют нормальному процессу социализации, они часто испытывают негативные переживания. Не умея адаптироваться к социальной среде, испытывая к тому же периодически возникающие приступы необъяснимого, непонятного им самим мрачного, угрюмого настроения, подростки ищут способ изменить свое психическое состояние, избавиться от отрицательных эмоций. С первой же пробы у них возникает сильное влечение к психотропным веществам. Крепкие спиртные напитки они употребляют в больших дозах, пьют «до отключения». У подростков с эпилептоидной акцентуацией очень часто отсутствует защитный рефлекс на передозировку спиртного, поэтому уже с самого начала злоупотребления у них отмечаются симптомы, характерные для алкоголизма. По аналогичной схеме у них идет и наркотизация. «Мягкие» и активизирующие наркотики (гашиш, психостимуляторы) не удовлетворяют их, и они сразу переходят на сильнодействующие и «оглушающие» (опиаты, барбитураты, транквилизаторы).

Подростки с *возбудимым* типом акцентуации, неуживчивые, конфликтные, не терпящие, когда им в чем-то перечат, часто испытывают отрицательные эмоции и ищут способ изменить свое психическое состояние. Испытав действие какого-либо психотропного вещества, они, не задумываясь, вновь и вновь стремятся к повторению понравившихся ощущений.

Для *истероидного* типа акцентуации характерно желание обратить на себя внимание, казаться необычным, особенным, «интересным», которое побуждает подростка к фантазированию. Они сочиняют о себе истории, где выглядят людьми необычайными, со сверхъестественными возможностями, рассказывают о том, что видели (пробовали, чувствовали) нечто необычное, сенсационное. Поскольку употребление наркотиков, спиртных напитков, связь с преступным миром вызывают любопытство, удивление, а иногда и восхищение у обычных благополучных подростков, истероиды любят проявлять свою осведомленность в этой сфере. Часто они самооговаривают

•
себя, выдавая чуть ли не за предводителя преступной группы. Попробовав какой-нибудь самодельный суррогат, они живописно рассказывают о своих «неземных» ощущениях от «импортного» наркотика.

Нередко подростки-истероиды приходят в асоциальные группировки для того, чтобы потом было о чем рассказать своим одноклассникам. Наслаждаясь ощущением интереса к себе со стороны членов группы, истероидные подростки легко усваивают стереотипы поведения, моральные нормы, привычки новой микросреды. Им нравится пить только в компании, поскольку для них важен сам ритуал выпивки, атмосфера застолья, где они чувствуют себя еще более оригинальными, раскованными, театральными. Подростки с истероидной акцентуацией любят изображать себя такими знатоками, алкогольными эстетами, бравировать своим опытом и умением пить. Чтобы подтвердить это, они могут доводить себя до тяжелой степени опьянения.

Злоупотребление психотропными веществами у подростков-истероидов имеет в некотором роде вторичный характер, т.е. не прямо исходит из потребности изменить психическое состояние, а сопутствует удовлетворению основной потребности быть в центре внимания. Однако формирование влечения к алкоголю и тем более к наркотикам может возникнуть уже в силу тех психофармакологических свойств, которыми обладают эти вещества.

Личностные факторы

Суть алкоголизма и наркомании состоит в том, что целью человека выступает стремление изменить свое психическое состояние. Независимо оттого, при каких обстоятельствах подросток начал употреблять психотропные вещества, какие тогда у него были мотивы, мы говорим о наличии заболевания в том случае, если выявлена именно эта цель - изменить свое психическое состояние. Поэтому найти психологические причины алкоголизма и наркомании - это значит ответить на вопрос: почему человек хочет изменить свое психическое состояние именно искусственным (химическим) путем.

Психологические аспекты борьбы с алкоголизмом и наркоманией несовершеннолетних состоят прежде всего в выявлении психологической готовности к употреблению психотропных веществ, т.е. таких психологических особенностей подростков, которые являются своего рода «слабым звеном» в процессе социализации личности. Именно эти психологические особенности провоцируют «уход от реальности» при столкновении с жизненными трудностями.

Роль личностных особенностей в возникновении наркомании не вызывает сомнений. Однако до сих пор не выявлены те личностные черты, которые можно было бы назвать общепринятым фактором риска в приобщении к наркотикам. Кроме прочих трудностей в установлении подобных личностных особенностей, не последнее место занимает тот факт, что, как правило, личность наркомана исследуется уже на фоне заболевания, поэтому трудно определить изначальное ее состояние, приведшее к формированию наркотической зависимости.

•
Поиск «структуры личности» алкоголика или наркомана, а также исследования с целью выявить «специфический профиль» личности проводились в основном зарубежными учеными с применением многих личностных тестов. Результаты показывали, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем. Это - слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным неблагоприятным воздействиям, неумение преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующую ситуацию, неумение найти продуктивный выход из конфликта.

Нетрудно заметить, что эти черты личности свойственны не только алкоголикам и наркоманам, а и просто плохо социально адаптированным людям, тем более несовершеннолетним. Наверное, многие трудновоспитуемые подростки имеют такой же психологический портрет, хотя они и не употребляют психоактивных веществ. Но здесь невольно возникает опасение: «Может быть, пока еще не употребляют?» Ведь именно эти личностные особенности вызывают отклонения в поведении, напряженность в социальных контактах, что, в свою очередь, может быть связано с возникновением у подростка потребности изменить свое психическое состояние.

Следовательно, влечение подростка к употреблению психоактивных веществ является симптомом более общего личностного неблагополучия. Психологическая готовность подростка к употреблению психотропных веществ, формируясь постепенно, исподволь, реализуется при возникновении соответствующей ситуации в жизни подростка. Поэтому, если несовершеннолетний начинает злоупотреблять алкоголем или наркотиками, это никогда не бывает случайно, чисто ситуативно. При всей неожиданности, видимой импульсивности такого поведения подростка его алкоголизация (или наркотизация) является логическим завершением предшествующего развития. Отсутствие у подростка психологической готовности к употреблению таких веществ, напротив, дает ему своего рода «запас прочности», обеспечивающий возможность противостоять неблагоприятному влиянию алкогольного (наркотического) окружения. Не случайно поэтому можно привести множество примеров, когда в одной и той же группе профтехучилища или в рабочей бригаде, где существуют стойкие алкогольные традиции, кто-то из несовершеннолетних начинает злоупотреблять спиртным и потом «спивается», а кто-то остается равнодушным к выпивке, хотя и участвует в совместных застольях, подчиняясь групповым нормам. Даже эпизодическое употребление наркотиков или иных токсических веществ, через которое прошли многие подростки, входящие в асоциальные группировки, для некоторых из них так и осталось эпизодом.

«Употребление психотропных веществ подростками, не имеющими ни биологической предрасположенности, ни психологической готовности к этим действиям, обычно не закрепляется как привычная форма поведения, и по мере взросления, приобретения личностной зрелости может в единичных случаях пройти «само собой», без вмешательства медиков и без применения каких-либо иных мер воздействия. У здоровых подростков алкоголизация никогда не приобретает сис-

•

тематичности, интенсивности, что соответствует общему рисунку их поведения, лишенному крайностей. В литературе мы можем найти подтверждение того, что алкоголизация есть поведенческий феномен, соответствующий крайностям поведения. О том, что алкоголизация подростков нередко лишь составляющая «букета» девиантного поведения, указывали многие исследователи - не только наркологи, но и социологи, и психологи. Во всех случаях, мотивационно и прогностически это особое явление, которое следует рассматривать вне наркологии».

Поиск методов диагностики предрасположенности к алкоголизму и наркомании, по мнению большинства наркологов и психиатров, считается неразрешимой задачей. Они полагают, что невозможно учесть многоаспектность проявления такой предрасположенности. К тому же, весьма сложно отличить продром алкоголизма (предболезнь) от начала заболевания.

Выявление феномена психологической готовности подростков к употреблению психотропных веществ вносит коррективы в эти представления. Личностный подход к проблеме алкоголизма и наркомании позволяет применить новые, качественно иные критерии определения предрасположенности к употреблению психоактивных веществ. Выяснение вопроса о том, какие личностные качества подростка, какие их особенности могут в дальнейшем стать отправным звеном такой предрасположенности, было предметом специального исследования Н.Ю. Максимовой, Е.Л. Милютиной. Изучались три группы подростков:

- 1) подростки, которые хорошо социально адаптированы, - группа «норма»;
- 2) социально дезадаптированные подростки, которые, однако, не замечены в употреблении психотропных веществ, - группа «трудные»;
- 3) подростки, эпизодически употребляющие психотропные вещества (алкоголь, опий, гашиш и др.), - экспериментальная группа.

Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина в своем исследовании использовали проективные методы, а также экспериментальную беседу. В исследовании обозначено, что исследуемые подростки не были больными, т.е. у них еще не было ни психической, ни тем более физической зависимости от психоактивных веществ. Отсутствие болезненной симптоматики было обязательным условием отбора испытуемых. Это обусловлено тем, что влияние алкоголя и наркотиков на психику уже на первой стадии заболевания (а тем более на второй) вызывает ряд изменений в личностных особенностях подростка. В этом случае результаты психологических исследований скорее отражают закономерности влияния психоактивных веществ на личность, чем выявляют те личностные особенности, которые являются составляющей психологической готовности к алкоголизму и наркомании.

Следующим моментом, о котором необходимо сказать, является сложность работы с данным контингентом. Если несовершеннолетние, злоупотребляющие алкоголем, довольно спокойно рассказывают о фактах злоупотребления, легкомысленно оправдывая при этом свое поведение, то

•
подростки, эпизодически употребляющие наркотики, ведут себя совершенно иначе. Они знают, что их ждет уголовная ответственность и обязательная госпитализация, и поэтому всячески скрывают наркопотребление. Они не сразу признаются в употреблении наркотиков, несмотря на подтверждающие это факты (например, шрамы на кубитальных венах, задержание органами милиции в состоянии наркотического опьянения или данные лабораторных исследований, свидетельствующие об употреблении наркотических веществ не позднее, чем за 36 часов до задержания).

Мотивационная сфера. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности, поскольку мотивы являются движущими силами деятельности и поведения. Результаты исследования свидетельствуют о том, что ведущие мотивы большинства наших испытуемых экспериментальной группы отличаются бедностью содержания. Например, 79% подростков, рассказывая о своей жизни, о своих хобби, отмечают в качестве любимых занятий пассивно-развлекательные виды деятельности: «Люблю сидеть и балдеть под музыку», «Больше всего люблю лежать и ни о чем не думать», «Больше всего люблю ничего не делать». Это подтверждается и размышлениями подростков относительно своего будущего. Большинство из них (69%) на вопрос о том, как они представляют свое будущее, к чему стремятся, чего пытаются достичь в своей жизни, равнодушно пожимают плечами и отвечают: «Не знаю», «Никогда об этом не думал», «А зачем мне об этом думать, разве от меня что-то зависит?» Некоторые дают ответы, которые отражают ситуативные желания: «Купить мотоцикл», «Жить в таком месте, где бы меня не могла достать милиция» и т. д. При сравнении этих данных с рассуждениями подростков группы «норма», которым характерны мотивы самосовершенствования и самореализации, создается впечатление, что их сверстники из экспериментальной группы живут в каком-то нереальном мире, не задумываясь над тем, что и для чего они делают, почему поступают так, а не иначе.

Такая же картина и в отношении мотивов употребления алкоголя и наркотиков. Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютин отмечают, что так и не удалось выяснить истинных причин, которые определили развитие их пристрастия к алкоголю или наркотикам. Например, 43% подростков объяснили, что начали употреблять психотропные средства потому, что это им нравится, 27 - потому, что им было интересно испытать действие наркотических веществ, 24 - ничего не смогли ответить, 6 % - не желали «отставать» от товарищей. Такие высказывания позволяют лишь фиксировать внешние, поверхностные мотивы. И это не случайно.

Дело в том, что для осознания сложных, глубинных, реально действующих мотивов своего поведения человек должен иметь высокий уровень развития личности, определенные навыки самоанализа, стремление понять самого себя. Все это не присуще нашим испытуемым. Зачастую, даже искренне желая объяснить причины употребления алкоголя или наркотиков, они не в состоянии это сделать, поскольку сами их не осознают. Более того, именно невозможность осознания действительных причин своей наркотизации и есть основное препятствие в предупреждении и

•
преодолении наркомании и алкоголизма. Это подтверждает и наркологическая практика, где одной из важнейших задач психотерапевта является помощь больному в осознании действительных (а не представляемых) причин его наркотизации.

Основные выводы, которые делают авторы указанного исследования:

1. Направленность мотивационной сферы подростков, эпизодически употребляющих психотропные вещества, в сравнении с «нормой», т.е. хорошо адаптированными, значительно отличается. Обычных подростков побуждает к деятельности потребность в достижении успеха (благодарности, награды, похвалы и т.д.). У подростков эпизодически употребляющих психотропные вещества эта потребность заторможена (или совсем не развита). Их побуждает к действию иное - избежать наказания, поражения, отрицательных эмоций и т. д.
2. Даже потребность в новых впечатлениях, в одинаковой степени присущая всем подросткам, проявляется по-разному. В группе «норма» проявление этой потребности связано, прежде всего, с интеллектуальной активностью. У подростков, эпизодически употребляющих психотропные вещества - с социальными девиациями, с экспериментированием, направленным на изменение своего состояния сознания.
3. Обычные ребята рассматривают свою деятельность в качестве источника положительных эмоций. Подростки экспериментальной группы ожидают от своей деятельности только отрицательных эмоций.
4. В группе «норма» подростки считают необходимым предусматривать результаты своей деятельности, анализировать последствия поступков, брать на себя ответственность за них. Подростки экспериментальной группы не только не предусматривают результаты своих действий, но и вообще не чувствуют себя субъектом деятельности. По их мнению, все, что с ними происходит, не зависит от их воли и не является следствием их поведения. Жизнь они понимают как нагромождение случайных явлений, которые невозможно преодолеть или избежать. Поэтому никакие усилия человека не имеют смысла.

Какое значение имеют отмеченные особенности мотивационной сферы личности для понимания сущности наркомании? Напомним, что движущей силой жизнедеятельности человека являются потребности. Удовлетворение потребностей вызывает положительные эмоции. Человек, не имеющий отклонений в развитии личности, уже в подростковом возрасте хорошо осознает связь между своими действиями, удовлетворением своих потребностей и положительными эмоциями. Осознавая себя субъектом деятельности, подросток учится руководить обстоятельствами, поскольку знает, что от его действий в значительной мере зависит, получит он положительные эмоции (удовлетворение, награду, похвалу, радость) или нет.

Совсем иное поведение свойственно подросткам, эпизодически употребляющим наркотики. Они не осознают себя субъектами собственной деятельности и поэтому считают, что не могут ру-

•
ководить обстоятельствами своей жизни, достичь положительных эмоций благодаря выполнению общественно значимой деятельности. Однако потребность в достижении положительных эмоций от этого не утрачивается. Подросток стремится ощутить состояние удовлетворения, радость, но не видит путей достижения этого. Поняв, что такое состояние можно вызвать искусственно, он, колеблясь, начинает употреблять психотропные вещества.

В литературе отмечается, что наиболее часто на первом месте среди мотивов приобщения к наркотикам стоит «любопытство», в основе которого лежит извечное стремление детей, молодежи познавать все новое, волнующее, таящее опасность.

С одной стороны - это естественная любознательность, являющаяся замечательной особенностью человека. Она проявляется в самом раннем возрасте и предопределяет развитие исследовательских наклонностей. Неудивительно поэтому, что некоторые молодые люди пробуют наркотики исключительно, чтобы испытать их действие на себе.

С другой стороны, любопытство - стремление к опасности, которое тесно связано с проблемой рискованного поведения. Риск, как известно, это действие, свершаемое «на авось», на удачу, в надежде на счастливый случай, то есть действие в условиях большей или меньшей неопределенности.

Молодым людям остро не хватает ярких впечатлений; серость, обыденность бытия, лишенная положительных эмоций и удовольствий, подталкивает некоторых из них к употреблению наркотических и токсических веществ. У них вроде нет в жизни никаких проблем: активные, общительные, ничто не может их надолго выбить из колеи, они легко преодолевают трудности или обходят их. Чего же не хватает этим людям? Новых впечатлений, новых ощущений. Скользя по поверхности, они ищут все нового и нового. И находят его в наркотиках.

Э.Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства у молодежи, т.е. мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар.

Употребление наркотиков можно рассматривать как складывающуюся молодежную субкультуру, овеянную ореолом таинственности, выполняющую функцию бегства от реальных проблем, трудностей, неустроенности в мир миражей и иллюзий.

К наркотикам стремятся те, кому чего-то не хватает в реальной, повседневной жизни. Прежде всего, это люди, неуверенные в себе, закомплексованные, считающие, что у них все не так, как у других, считают себя неинтересными, скучными, стесняются вступать в контакт, бояться быть навязчивыми. Наркотики дают им уверенность в себе, раскованность.

Некоторые специалисты, пытаясь определить «донаркотическую» личность наркомана, на первое место ставят импульсивный характер. Они относят наркоманию к импульсивным неврозам, а состояние, предшествующее наркомании, считают основным, решающим фактором, инициа-

•
рующим ее возникновение. В исследованиях индивидуально-психических особенностей подростков, употребляющих наркотики, чаще всего встречаются подростки с типами акцентуаций: эпилептоидные, истероидные и лабильные.

Самосознание, образ «Я». В исследовании Н.Ю. Максимовой, Е.Л. Милютиной получены данные о низком уровне осознания подростками, употребляющими психоактивные вещества, качеств своей личности, отсутствии навыков самоанализа и тем более умения описывать себя. Даже легкое задание - ответить на вопрос: «Кто я?» - вызывает большие трудности. Сначала подростки даже не соглашались говорить о своих личных качествах: «Разве это возможно - говорить о себе? Пусть другие скажут», «Я не знаю, какой я, разным бываю, в зависимости от настроения».

Вероятно, такие ответы обусловлены не только низким уровнем развития самосознания, но и тем, что анализ собственной личности у таких подростков обычно связан с отрицательными эмоциями. Обычно трудновоспитуемые дети столько слышат об отрицательных чертах своего характера, что, естественно, просьба экспериментатора описать свою личность воспринимается ими как еще одно напоминание об их несоответствии социально ценным образцам. В связи с этим они агрессивны настроены, отвечают на вопросы с вызовом, иногда оскорбляются по пустякам.

Результаты исследования свидетельствуют о значительных отклонениях в развитии самосознания подростков, эпизодически употребляющих алкоголь и наркотики. Так, отчетов, в которых подростки характеризуют себя как личность (т.е. свои качества, способности, чувства), у подростков, употребляющих психоактивные вещества, оказалось в три раза меньше по сравнению с количеством высказываний, отражающих внешность или формальные сведения о себе. Например, подросток говорил: «Я - учащийся ПТУ, высокий, брюнет, худощавый...» Но практически никто из них не характеризовал себя с точки зрения своих личностных особенностей, например, добрый, общительный, доверчивый, любознательный, смелый и т.д.

Показано также, что самооценка, уровень притязаний и их взаимодействие у подростков, которые эпизодически употребляют наркотики, существенно отличаются как от показателей подростков адаптированных, так и от показателей трудновоспитуемых учащихся, не употребляющих алкоголь и наркотики. Это отличие состоит в отказе продолжать деятельность при самых незначительных трудностях. Какой бы ни была высокой мотивация выполнения заданий, испытуемый отказывался от избранной задачи, если она была сложной. Обычные школьники (как трудновоспитуемые, так и группа «норма») в большинстве случаев просили увеличить время на выполнение задания, если они не успевали его закончить, не хотели прекращать работу («Я почти сделал, еще минуточку»). Поведение же подростков, эпизодически употребляющих наркотики, было диаметрально противоположным - они сразу же отказывались от работы.

Таким образом, структурные компоненты самосознания несовершеннолетних, употребляющих эпизодически наркотические вещества, взаимодействуют противоречиво: даже при нали-

•
чии высокой мотивации достижения они отказываются от избранной цели деятельности при встрече с малейшими трудностями. Такое поведение наблюдалось у 57% подростков, склонных к употреблению наркотиков и алкоголя. Боязнь неуспеха, нежелание даже попытаться преодолеть трудности свидетельствуют о невысоком уровне уверенности в своих возможностях.

Противоречивость самооценки и уровня притязаний. Несмотря на неуверенность в своих интеллектуальных способностях, такие подростки проявляют завышенный уровень притязаний, что отражается в их рассуждениях, в выборе заданий (по сложности) в зависимости от успеха или поражения. Составленные на основе этого графики отражают одновременно три тенденции: завышенный уровень притязаний подростков, низкую самооценку и неуверенность в себе. Это яркое свидетельство алогичности, противоречивости выбора линии поведения подростком в сложной ситуации.

У обычных подростков такие результаты встречаются сравнительно редко (8-10%). У трудновоспитуемых, которые не употребляют психотропных веществ, - 16%, в экспериментальной группе - 62%.

Этот факт имеет принципиальное значение. Если у подростка завышенный уровень притязаний, но нет осознания своей неспособности достичь желаемого, то он (благодаря тому, что у него подсознательно включается механизм психологической защиты) может сохранять самоуважение и уверенность в себе. Если же механизмы психологической защиты не эффективны (нарушены или не сформированы), подросток осознает свое бессилие. Возникает ситуация, которая вызывает у него психическое напряжение, тяжелые болезненные переживания. Употребление наркотических веществ снимает все эти отрицательные эмоции, и подросток считает этот иллюзорный выход наиболее подходящим.

Естественно, такая форма реагирования на фрустрирующую ситуацию образуется постепенно. Сначала усваиваются обычные социально приемлемые способы самозащитного типа реагирования на стресс. Это пассивные формы преодоления стресса. Они проявляются в уходе от проблемы, стремлении улучшить свое самочувствие, не вмешиваясь в трудную ситуацию: подольше поспать, доставить себе удовольствие едой, развлечениями и т.п. Позже добавляются такие способы, как выпивка, курение, желание снять стресс лекарством.

Таким образом, суть самозащитной реакции на фрустрирующую ситуацию в том, что действия человека направляются на изменение своего эмоционального состояния, подменяя этим процесс решения проблемы.

Практика показывает, что обращение к наркотикам или алкоголю, высокая агрессивность и конфликтность - эти и многие другие проявления имеют в своей основе одну, чисто психологическую причину - подсознательное ощущение собственной несостоятельности, неспособности адаптироваться в окружающей социальной среде. Иными словами, наркомания - это лишь следствие

•

(одно из возможных) развития имеющихся у человека внутренних психологических проблем. Первопричина, то есть имеющаяся проблема, реализуется именно в том виде, к формированию которого имеются необходимые предпосылки. Так, при доминировании условий, способствующих развитию наркомании, личность, идущая по пути наименьшего сопротивления, попытается решить свои проблемы с помощью наркотиков (способствующих развитию алкоголизма - с помощью алкоголя, курения - табака, болезней - самоинвалидизации и т.д.)

Говоря о старшем школьном возрасте, следует рассматривать его как приближение к периоду биологического и психического равновесия. Появление новых стрессовых ситуаций может спровоцировать увлечение психоактивными веществами. Отмечено, что в ряде случаев, поводом для этого является переутомление. Возникает желание выпить, покурить «травку», чтобы «забыться», «встряхнуться», «освежиться».

Исследования показывают, что наркотическая зависимость провоцируется не столько химическим действием наркотика, сколько предрасположенностью психической структуры личности. Наркотики принимают только те, для кого это имеет особое значение. Наблюдения за наркоманами показали, что многие из них склонны к нарциссизму и к пассивному поведению, а также к сильному стремлению получить удовольствие, такие личности не выносят никакого напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания.

Для многих подростков характерно неумение получать удовлетворение от повседневной работы, достигнутой цели, победы над собой.

Некоторые исследователи, говоря о «донаркотической» личности наркомана, выделяют следующие черты личности:

- слабое развитие самоконтроля,
- эмоциональную незрелость,
- интровертированность,
- низкую устойчивость к неблагоприятным воздействиям, к стрессам,
- неумение преодолевать трудности,
- неумение удовлетворять свои потребности,
- эмоциональная неустойчивость,
- склонность к тоске и депрессии,
- недостаток жизненных интересов,
- духовную пустоту,
- неадекватную самооценку,
- болезненную впечатлительность, обидчивость,
- повышенную конфликтность.

•
Эти личностные черты свойственны практически всем подросткам, но влечение к употреблению психотропных веществ - признак более глубокого личностного неблагополучия, выраженности этих качеств.

Психологическая готовность к употреблению наркотиков формируется постепенно, и наркотизация является логическим завершением всего предыдущего развития. Отсутствие такой готовности создает «запас прочности», позволяющий противостоять неблагоприятным воздействиям среды.

Ученые полагают, что употребление наркотиков для подростка - это способ обращения с тревогой и напряжением.

Тревога является постоянным спутником жизни подростка. Это и тревога, вызванная неопределенностью самого подросткового возраста, которая усугубляется кризисом ценностей в обществе, и тревога семейного происхождения, причины которой чаще всего не могут быть осознаны. Наркотик в данном случае - неопределенная, потенциальная опасность.

Высокотревожные люди хуже, чем низкотревожные, работают в стрессовых ситуациях или в условиях дефицита времени, отведенного на решение задачи.

Боязнь неудачи — характерная черта высокотревожных людей. Эта боязнь у них доминирует над стремлением к достижению успеха.

Личностная тревожность предрасполагает индивида к восприятию и оценке многих, объективно безопасных ситуаций как таких, которые несут в себе угрозу.

В силу того, что указанные личностные особенности делают невозможным продуктивное разрешение жизненных проблем, они могут быть толчком для возникновения психологической готовности к употреблению психоактивных веществ. Выявляя эти особенности личности, мы можем определить подростков, предрасположенных к алкоголизму и наркомании.

Предрасположенность к аддиктивному поведению - это личностное новообразование, детерминирующее готовность к употреблению психотропных веществ. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению включает:

- 1) отсутствие мотивации достижения, вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности, преобладание избегающей мотивации;
- 2) несформированность функции прогноза;
- 3) низкий уровень развития самосознания, отсутствие, навыков рефлексии;
- 4) преобладание экстернального локуса контроля;
- 5) низкий уровень самоуважения, вплоть до неприятия образа «Я», что, однако, может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку;
- 6) самозащитный тип реакции на фрустрацию, детерминируемый неуверенностью в себе, что проявляется в отказе от деятельности при столкновении с малейшими трудностями;

•
7) противоречивость самооценки и уровня притязаний, проявляющаяся в алогичности и непоследовательности деятельности, связанной с преодолением препятствий;

8) тенденцию к уходу от реальности в стрессовой ситуации.

Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению формируется постепенно, в процессе онтогенеза. Причина ее возникновения - неблагоприятная социальная ситуация развития ребенка. Своевременная психологическая коррекция этого личностного новообразования позволяет предупредить формирование психологической готовности к употреблению психотропных веществ. Если такая коррекция отсутствует, дальнейшее развитие личности подростка искажается и его поведение приобретает все большее сходство с поведенческими проявлениями несовершеннолетних группы «риска». В связи с этим возникает вопрос о необходимости диагностики личностной предрасположенности к аддиктивному поведению.

Ранняя диагностика психологической готовности к злоупотреблению психотропными веществами позволяет своевременно начать психокоррекционную работу с такими подростками, с целью предупреждения у них реализации этой готовности и возникновения психической зависимости от алкоголя и наркотиков.

Диагностика личностной предрасположенности к аддиктивному поведению должна проводиться в комплексе с выявлением параметров, опосредованно определяющих возникновение влечения к психотропным веществам. Это, прежде всего, определение наличия у подростка биологической предрасположенности к алкоголизму, диагностика психопатий или акцентуаций характера, минимальных мозговых дисфункций. Большое значение имеют также наследственная отягощенность, условия семейного воспитания и социальная ситуация развития ребенка в целом. Комплексная диагностика такой предрасположенности позволяет выявить детей и подростков, по отношению к которым необходимо безотлагательное применение психокоррекционных методов.

Традиционная антиалкогольная пропаганда, аргументированные убеждения родителей и учителей вряд ли смогут повлиять на подростка, у которого уже сформировалась психологическая готовность к употреблению психотропных веществ. Профилактика алкоголизма и наркомании, таким образом, должна включать систему мероприятий, имеющих не только просветительскую, но и правовую нагрузку. Суть этой специальной профилактики состоит в диагностике личностной предрасположенности подростка к аддиктивному поведению, с целью предупреждения возникновения и преодоления психологической готовности к употреблению психотропных веществ.

Подростки, устойчивые к наркотикам, обладают следующими общими качествами:

- они имеют низкие показатели психологической внушаемости, т. е. они самореферентные;
- обладают (часто бессознательно, интуитивно) своими индивидуально-психологическими, достаточно конструктивными способами преодоления стрессовых переживаний и конфликтных ситуаций, умеют без напряжения общаться, уверены в себе, разумны и рассудительны;

•

- стремятся и способны удовлетворять интерес и любопытство к интимным и таинственным сферам жизни, минуя потерю сознательного контроля, а если такое происходит, умеют отдавать себе отчет в произошедшем, способны к более или менее адекватной самооценке то, что в психологии часто называют способностью к рефлексии.

Важной предпосылкой к употреблению ПАВ является отношение ребенка к жизни, здоровью. По данным В.М.Сорокина, особенностью детского сознания является то, что в отличие от «взрослых», понятия «жизнь», «здоровье» имеют другой личностный смысл. Жизнь для ребенка не всегда является той доминирующей абсолютной ценностью, каковой она представляется взрослому. Именно поэтому в профилактических программах указание на то, что наркотики угрожают жизни, не всегда достигает цели.

Во многих исследованиях показано, что для большинства детей наиболее уязвимыми являются переходы из одного возрастного периода в другой. Первый переходный период наступает тогда, когда они переходят из семейной среды в школу, где предстоит выстраивать принципиально новые коммуникативные отношения. Второй, и наиболее сложный период, – переход из начальной в основную школу. В это время дети сталкиваются с проблемами взаимоотношений с более широким кругом сверстников. Именно в этом возрастном периоде наиболее вероятна первая проба ПАВ [4].

Поскольку риск употребления ПАВ появляется во время любого переходного периода, начиная с раннего детства и кончая периодом взросления, при планировании профилактики необходимо разрабатывать программы, обеспечивающие поддержку на каждом из этих этапов развития.

Результаты исследований показывают, что сочетание факторов риска имеет геометрически прогрессирующий эффект. Например, когда имеются два фактора риска, существует приблизительно в четыре раза большая опасность возникновения неблагоприятного поведения. При наличии четырех факторов риск злоупотребления ПАВ возрастает в десять раз.

Таким образом, основные причины, приводящие к наркопотреблению можно разделить на следующие группы.

Первую группу составляют факторы доступности препарата, которые, в свою очередь, связаны с социальным укладом и культурными традициями. Один гарвардский психиатр определил действие фактора доступности следующим образом: «Наркотики в США находятся на расстоянии вытянутой руки от каждого, кто захочет их получить».

Стремительный рост индустрии наркотиков объясняется тем, что прибыль от торговли ими в 1,6-2 раза выше, чем у самых мощных монополий, производящих ядерное оружие (у них потолок прибылей составляет приблизительно 500 %).

•

Доступность того или иного средства тесно связана с культурными традициями. Сравнение наркомании в Малайзии и Иране показало, что успокаивающие, транквилизаторы и производные кофеина чаще потребляют индонезийцы, а в Иране преобладает потребление опиатов. Причина выявилась тут же: иранские крестьяне сотни лет безнаказанно культивируют опийсодержащие растения.

Вторая группа—это социальные моменты, облегчающие первый шаг к «белой смерти» и затем поддерживающие потребление яда. К этой группе относятся следующие факторы:

- влияние группы ровесников, в которой употребление наркотиков считается признаком хорошего тона и поднимает авторитет подростков в глазах товарищей;
- мода на наркотики, царящая в определённых кругах молодёжи;
- любопытство подростка к ощущениям, которые вызывает «запретный плод»;
- различные жизненные трудности, связанные с семьёй, школой или неразделённой любовью;
- обычные бытовые неурядицы, которые молодёжь часто переживает очень болезненно, особенно в подростковом возрасте.

Третья группа факторов определяется человеческой психологией. Речь идёт о психологических состояниях и свойствах, подталкивающих к насильственному изменению собственного внутреннего мира. Здесь следует упомянуть в первую очередь о таких особенностях психики, как эмоциональная незрелость, недостаточно развитое умение контролировать собственное поведение и соразмерять желания и возможности в удовлетворении своих потребностей, ложные представления о системе духовных ценностей. Склонность к одурманиванию может быть также результатом различных психических травм, спровоцированных домашней обстановкой, неудачами в школе или физическими недостатками, которые вызывают развитие комплекса неполноценности.

Четвёртая группа факторов связана с наследственной предрасположенностью к потреблению психоактивных веществ. Доказана предрасположенность к алкоголю. По мнению ряда учёных, она связана с врожденными физиологическими особенностями организма. Например, у разных людей отмечена разная скорость метаболизма этанола. Что же касается других форм наркомании, то здесь остаётся ещё очень много неясного, т. к. реальные исследования в этом направлении активно ведутся.

Указанные причины и группы факторов наркотизации подростков выделяют педагоги, психологи, наркологи в настоящее время.

5.2 Мотивация употребления наркотических веществ

Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния изменённой психической деятельности, психическую и физическую зависимость от

•
них, — одно из самых распространенных. Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б. С. Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию вещества, что делает его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских).

Атарактическая мотивация

заключается в стремлении применить какое-либо психоактивное вещество с целью смягчения или устранения явления эмоционального дискомфорта. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия. Среди симптомов, которые в первую очередь подталкивают человека к употреблению таких веществ, оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют выбору в пользу наиболее легкого решения проблемы. Снятие симптомов происходит химическим путем. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует потребность дальнейшего использования веществ. Однако девиантное поведение может сформироваться при атарактической форме мотивации в силу частоты применения данного способа снятия эмоциональных проблем с переходом психологической зависимости в физическую.

Учитывая направленность атарактической мотивации на снятие эмоциональных переживаний, она является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как *тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический* и некоторые иные. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т. н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

Гедонистическая мотивация

выступает как бы продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся от нее по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (несниженного) настроения. Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытании чувства радости от приема опьяняющих веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения (рис.).



Рис. Направленность изменений настроения при различных видах мотивации употребления психоактивных веществ

Гедоническая направленность может встречаться при различных типах девиантного поведения: и при делинквентном, и при аддиктивном, и при патохарактерологическом, и при психопатологическом. Однако типичной она считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают *эйфоризирующим эффектом*, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвеобильности, легкого достижения оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ, резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят такие, как *марихуана, опиум, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир* и некоторые другие.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергиндиэтиламида лизергиновой кислоты), кокаина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение эйфоризирующему *галлюциногенного эффекта*, при котором возникают необычайно яркие цветные зрительные галлюцинации (вспышки света, калейдоскопическая сменяемость образов, принимающая сценический характер, дезориентировка в пространстве и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим)).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержная болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внеш-

•
него мира. Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии формируется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения «схемы тела»: ощущение удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, плотности.

Мотивация с гиперактивацией поведения

близка к гедонистической, основывается не на эйфоризирующем, а на *активирующем эффекте* веществ. Часто эффекты действуют совместно, однако человеком нередко разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции, активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфере. Таким образом, гиперактивация рассматривается чаще всего человеком как гиперсексуальность и возможность получить что-то необычное в сфере волюстических (сопровождающихся оргазмом) ощущений. Попытка достичь высшей ступени «сексуального блаженства» с помощью гиперсексуальной активации сочетается с активностью к рискованной деятельности. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются *марихуана, эфедрин его производные*, сочетающие гиперактивацию и гиперсексуальность, а также *кодеин, никотин и кофеин*, вызывающие активность без гиперсексуальности. Мотивация с гиперактивностью и гиперсексуальностью, как правило, встречается при аддиктивном типе девиантного поведения. Пресытившись традиционными способами достижения оргазма, человек нацеливается на новые, более возбуждающие способы («ловля оргазма»), сопряженные с риском употреблением наркотических веществ. Такие способы позволяют ему вывести себя (пусть на короткое время и ценой психических расстройств) из состояния скуки и равнодушия. Нередко сексуальные партнеры принимают перед коитусом наркотические вещества для снятия однообразия в интимной жизни.

Субмиссивная мотивация

применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими алкоголя или наркотических веществ. Неспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастными или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» является базой для субмиссивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

Псевдокультурная мотивация

основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков. Поведение индивида носит характер причастности к традиции, «культуре». В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, а демонстрация этого процесса окружающим. Встречается она при патохарактерологическом типе девиантного поведения, в частности в рамках истерических характерологических расстройств.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. В чем специфика аддиктивного поведения в подростковом возрасте?
 2. Каковы причины употребления психоактивных веществ несовершеннолетними?
 3. Каким образом семья способствует наркотизации детей и подростков?
 4. Какие стили семейного воспитания в наибольшей степени способствуют формированию аддиктивного поведения детей и подростков?
 5. Что можно рассматривать в качестве средовых факторов, способствующих формированию аддиктивного поведения?
 6. Какова роль нервно-психических отклонений в формировании аддиктивного поведения?
 7. Какие личностные факторы способствуют наркотизации детей и подростков?
 8. Что такое «предрасположенность к аддиктивному поведению»?
 9. Каковы мотивы употребления психоактивных веществ детьми и подростками?
 - 10.

ЛЕКЦИЯ 6. МОТИВАЦИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

6.1 Механизмы формирования наркотической зависимости

В случаях формирования психопатологического типа поведения при таких психических заболеваниях, как алкоголизм, наркомания и токсикомания, девиантное поведение становится полностью зависимым от феноменологических клинических особенностей и стадий болезни. Выделяют три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клинических симптомов и синдромов (Э. Е. Бехтель):

1. *Эволюционный механизм.* По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. *Деструктивный механизм.* Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная

•
потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. *Механизм, связанный с изначальной аномалией личности.* Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздействия на личность. Выделяются три варианта аномалий:

а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей;

б) при недостаточности внутреннего контроля неполное осмысление групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля;

в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Одна из наиболее значимых проблем девиантного поведения в виде злоупотребления веществами, вызывающими изменения психики и зависимость, — проблема изучения личности наркозависимого и зависимого от алкоголя. Известно, что таким людям свойственно сочетание противоречивых качеств. У них могут наблюдаться резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, сенситивность, повышенная рефлексия и склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей, одновременное проявление полярных качеств психики (самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость).

Традиционная точка зрения, что базисная притягательная сила алкогольного и наркотического опьянения кроется в эйфории, подвергается критике (Б. С. Братусь, П. И. Сидоров). Считается, что психологические причины располагаются глубже и заключаются, во-первых, в тех иллюзорных возможностях удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения, и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь. И. Н. Пятницкая отмечает, что личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности, интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стадности) и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения.

М. Zukermann описал особый тип поведения — «поиск ощущений» (поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающейся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений). Подобное поведение — индивидуальная особенность субъекта, вытекающая из необходимости поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения. Автор утверждает, что одним из факторов приобщения подростков к наркотикам является любопытство и желание новых ощущений, кроме того, подростки с высоким уров-

•
нем IQ стремятся к экспериментированию с различными видами наркотиков с целью повысить уровень возбуждения.

Особое значение в формировании пренаркотической личности придаётся *психическому инфантилизму*, выражающемуся в несамостоятельности принятия решений и действий, неспособности противостоять влиянию извне, пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости. Традиционно выделяются следующие личностные факторы, характерные для подростков, употребляющих психоактивные вещества: повышенные по сравнению с благополучными сверстниками: толерантность к отклоняющемуся поведению; критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья), отчужденность от них.

6.2 Динамика злоупотребления психоактивными веществами в подростковом возрасте

Хорошо, если ребенок, развитие которого в результате неблагоприятного влияния семьи либо особенностей функционирования высшей нервной деятельности протекает с осложнениями, окажется во внесемейных социальных условиях, способных компенсировать эти недостатки, выровнять наметившиеся отклонения в его личности. Если же этого не происходит, дальнейшее его развитие идет стихийно, по линии наименьшего сопротивления: подросток не пытается путем самовоспитания выработать в себе качества, обеспечивающие успех и удовлетворенность жизнью, а выбирает более легкий и простой путь - сразу изменить свое психическое состояние, добиваясь тех же эмоций путем употребления психотропных веществ.

Являясь элементом девиантного поведения, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами также, как правило, начинается в группе. Обычно это та же асоциальная группировка, в которой берет начало и криминальное поведение. Однако среди элитарной молодежи существуют свои группы, где употребление психотропных веществ (чаще наркотиков) является элементом их субкультуры, неотъемлемой составляющей жизненного стереотипа.

Как уже отмечалось, попадая в пьянствующую компанию, подросток пьет так, чтобы «не отстать от других», и, подражая уже сформировавшимся алкоголикам, употребляет большие дозы спиртного. Это приводит к тому, что контроль организма за количеством выпитого утрачивается, еще не успев сформироваться. Иными словами, влияние алкогольной группы на несовершеннолетнего приводит к извращению стадий опьянения, что ведет по кратчайшему пути от злоупотребления к болезни и даже опережая болезнь.

В асоциально направленной группе всегда имеет место злоупотребление алкоголем, поскольку это обязательный атрибут преступного мира, которому подражают входящие сюда подростки. Превращение такой группы в криминальную или собственно наркоманическую происходит довольно часто. Обычно такое превращение связано с появлением лидера - взрослого или старшего по возрасту, часто уже судимого и имеющего опыт употребления наркотиков. Он начинает ак-

•
тивно предлагать подросткам попробовать наркотик, красочно описывая его «чудодейственные» свойства и убеждая в безвредности наркотических веществ. Приведем пример «рекламного текста», который произнес наркоман-«учитель», уговаривая подростка впервые сделать инъекцию опиатов: «Ты не слушай тех, кто тебе рассказывает. Это холопы, и кайф у них холопский. Мы с тобой короли и кайф у нас будет королевский. Кайф - это ты сам. Если ты не имел кайфа, ты не знаешь себя».

Этап первых проб.

Первые пробы наркотика обычно начинаются с курения гашиша. Во время очередной выпивки в укромном месте, где собралась группа, кто-то «пускает по кругу косяк», каждый подросток затягивается сигаретой с гашишем и передает следующему. При этом те подростки, у которых курение гашиша вызывает отрицательную реакцию, обычно не признаются в этом, а приспосабливаются к общему настроению.

Реже первым наркотиком, который пробует подросток, бывает препарат опия. Это обычно происходит, когда новичок попадает в уже сформировавшуюся наркоманическую группу или имеет друга - опытного наркомана, который уговаривает его «узнать настоящий кайф».

Этап первых проб не является болезнью, не имеет никаких наркологических закономерностей и целиком относится к поведенческим нарушениям. Более того, как говорилось выше, первые пробы вообще могут остаться единственными, если это случилось с благополучными подростками.

Единичным случаям употребления наркотиков характерно наличие множественности мотивов, а не только мотивация изменения своего психического состояния; здесь нет избирательности, ритмичности приема. Мотив наркотизации на этом этапе - любопытство, интерес к экспериментированию.

Однако, если в силу неблагоприятных условий личностного развития у подростка сформировалась потребность в изменении своего психического состояния, у него возникает желание снова и снова употреблять наркотические вещества. Он активно ищет случая попробовать новые психотропные вещества, чтобы испытать необычные ощущения. Прием наркотиков становится все более частым, ритмичным, формируется свой стереотип употребления психотропных средств. Так возникает следующий этап - поисковый полинаркотизм.

Поисковый полинаркотизм.

Поисковый полинаркотизм - наиболее распространенная форма употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте. По данным исследователей-наркологов, 46,3% всех обследованных подростков употребляли наркотики именно таким образом. На этом этапе подростки успевают перепробовать все психоактивные вещества, которые могут достать.

•

Поскольку употребление психоактивных веществ обычно происходит в группе, оно тесно связано со стандартами группового поведения. Подростки собираются своей компанией в таком месте, где им не будут мешать, они настроены на то, чтобы расслабиться, непринужденно пообщаться под музыку. Употребление наркотиков сначала выступает как компонент приятного времяпрепровождения, а не как самоцель. В то же время подростки с удовольствием прислушиваются к своим ощущениям, вызванным действием того или иного препарата, запоминают их, сравнивают. Они охотно делятся друг с другом своими впечатлениями, обсуждают, какой наркотик лучше. Престижным считается употребление более сильных психотропных веществ.

На этапе поискового полинаркотизма влечение к наркотику пока еще отсутствует, у подростка нет психической зависимости от него. Это, скорее, стандарт группового поведения, ситуационная (групповая) зависимость, когда желание употребить то или иное психоактивное вещество возникает только в определенной ситуации и определенном окружении. У подростков уже на этом этапе существует готовность к аддиктивному поведению. Когда лидер группы предлагает достать или принять уже имеющееся психоактивное вещество, никто из членов группы не возражает. Однако вне своей компании подросток пока что не употребляет наркотики. Даже имея дома определенный запас таких веществ, он приберегает их для того, чтобы принять их вместе со всеми, в своем привычном окружении.

В период поискового полинаркотизма для подростка не имеет значения, какое именно психоактивное вещество употреблять. Предпочтение сначала все же, отдается алкоголю и легкодоступным, считающимся «безобидными» наркотикам, оживляющим бездумную коммуникацию. Затем можно наблюдать своеобразное коллекционирование: опробовав новый наркотик, подросток с гордостью рассказывает о своих ощущениях друзьям, демонстрируя свои впечатления о «кайфе», так же, как филателист демонстрирует новую марку. Каждый участник группы стремится пополнить свою «коллекцию» ощущений от наркотиков, жадно усваивает информацию о действии психоактивных веществ, способах их получения и т.д. Среди интеллектуально развитых подростков-наркоманов даже бытует такой афоризм: «Тот, кто ищет свой наркотик, тот ищет самого себя».

Постепенно этап поискового полинаркотизма переходит в этап фонового полинаркотизма. Перепробовав многие психоактивные вещества, подросток определяет тот наркотик, который доставляет ему наибольшее удовольствие. Именно появление такой избирательности, наличие предпочитаемого наркотика на фоне остальных является отличительной чертой этого этапа. При этом влечения даже к предпочитаемому наркотику пока нет, психологическая зависимость отсутствует. Да и выбирает «свой» наркотик подросток лишь в том случае, когда есть выбор. Каких-либо активных действий в поисках именно этого психоактивного вещества подросток не предпринимает.

• **Фоновый полинаркотизм.**

На этом этапе повышается толерантность к психоактивным веществам (чаще - к предпочитаемому наркотику), снижаются или исчезают защитные рефлексы. Предпочитаемым обычно становится вещество с наиболее высокой наркогенностью или препарат, к которому подросток оказался наиболее чувствителен в силу своих индивидуальных особенностей. Наиболее часто в качестве такого вещества выступают опи́й (точнее, его суррогат) и снотворные препараты. Значительно реже - гашиш, эфедрин. Практически не встречается на этом этапе употребление хинолитиков и летучих веществ (ингалянтов).

Продолжительность этапа фонового полинаркотизма невелика - от трех недель до полугода. Этот этап как бы подготавливает становление первой стадии наркомании.

Таким образом, заболевание алкоголизмом и наркоманией никогда не бывает случайным («из-за любопытства»), внезапным. Заболеванию всегда предшествует довольно длительный период социальной дезадаптации ребенка (сначала дома, а потом и в школе), период первых проб психоактивных веществ, поисковый полинаркотизм, где основную роль играют стандарты группового поведения; фоновый полинаркотизм, где все ярче проявляется мотив изменения своего психического состояния с помощью предпочитаемого наркотика.

В период употребления психотропных веществ, еще до формирования влечения к ним, т.е. пока нет психической зависимости, подростку вряд ли может помочь нарколог. Медикаментозное лечение еще применять рано, а убеждения в пагубном влиянии психотропных веществ на организм не воспринимаются, поскольку у подростка уже сформировалась психологическая готовность к употреблению алкоголя или наркотиков. Помочь может только воздействие, направленное на разрушение этой готовности и исправление отклонений в развитии личности, детерминирующих стремление изменить свое психическое состояние искусственным путем. Наибольший эффект может дать психологическое (психотерапевтическое) воздействие, базирующееся на знании психологических причин возникновения у подростка потребности в употреблении психотропных веществ.

Таким образом, **схема возникновения психической зависимости** от алкоголя и наркотиков состоит в следующем:

- 1) неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения жизненно важных социальных потребностей, возникающая вследствие определенного сочетания личностных свойств (личностная предрасположенность);
- 2) несформированность или неэффективность способов психологической защиты личности, превращающих личностную предрасположенность в психологическую готовность к злоупотреблению психотропными веществами;

•

3) наличие фрустрирующей (психотравмирующей) ситуации, актуализирующей проявление («включение») этой психологической готовности;

4) осведомленность подростка о свойствах психотропных веществ, позволяющих снять психическую напряженность, достичь эмоционального комфорта.

Психологическая готовность к злоупотреблению психотропными веществами является своего рода функциональным органом, представляющим собой сочетание определенных личностных особенностей, актуализирующихся в ситуации затрудненности удовлетворения значимых социальных потребностей подростка.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. Почему подростковый возраст является критическим в отношении рискованных форм поведения?
 2. Каков механизм формирования наркотической зависимости?
 3. Чем отличаются эволюционный, деструктивный механизмы и связанный с изначальной аномалией личности?
 4. Каковы основные этапы формирования аддиктивного наркозависимого поведения?
 5. Чем обусловлен переход к каждой последующей стадии злоупотребления психоактивными веществами в подростковом возрасте?
 - 6.

ЛЕКЦИЯ 7. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Профилактика наркомании— это комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления психоактивными веществами (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем и т.д.).

На государственном уровне профилактика наркотической зависимости декларируется как двухкомпонентная система, включающая меры по ограничению распространения наркотиков и антинаркотическую пропаганду, обеспечиваемую средствами массовой информации и социальными институтами.

В настоящее время в России, несмотря на меры, принимаемые государством, число опиоидных наркоманов продолжает увеличиваться.

По некоторым данным, в РФ около 90 % лиц, страдающих наркозависимостью, являются опиоидными наркоманами, употребляющими героин или другие препараты опиоидной группы.

•

По мнению лиц, оказывающих помощь наркозависимым, наиболее слабым звеном наркологической помощи является отсутствие единой грамотной системы антинаркотической профилактики. В 2000 году была принята «Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» (см. Приложение 1), в которой заявлено, что профилактическое звено должно стать основой борьбы с наркоманией. Однако до сих пор государство не выработало единый чёткий комплекс мер по предотвращению распространения наркотической зависимости. Отсутствуют единая утверждённая программа профилактических мер, не описаны и не налажены механизмы финансирования. Ответственность за осуществления пропаганды перекладывается на непрофильные организации, которые, как правило, не получают на её проведение дополнительного финансирования.

Принятая федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» направлена на ограничительно-запретительный аспект профилактики наркозависимости, профилактические мероприятия в ней практически не отражены. Как считает В.Захаров, ограничительные меры приведут только к краткосрочному снижению уровня потребления в связи с ограничением доступности героина, но не устранят причины проблемы. По мнению Всемирной организации здравоохранения, профилактика наркотической зависимости не может быть эффективна без адекватных мер антинаркотической пропаганды и активной социальной работы.

В международной практике можно выделить следующие основные

модели профилактики:

- *медицинская модель* ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает в основном информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье. Медицинская модель профилактики основанная на информационно-лекционном методе совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических (наркологических) учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о негативном воздействии наркотических и других психоактивных веществ на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании - заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.
- *образовательная модель* направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности. Образовательная модель профилактики - основанная на воспитательно-педагогических методах деятельность специалистов образовательных учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с це-

- лью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.
- *психосоциальная модель* своей главной целью утверждает необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков. Психосоциальная модель профилактики - основанная на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления психоактивными веществами совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ, а также развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Основные формы профилактики

Выделяют четыре основных пропагандистских модели профилактики наркотической зависимости.

Морализаторство — наркотики объявляются «греховным зельем», активно постулируется недопустимость их употребления на основании социально-религиозных догм, преобладающих в обществе. В РФ для этой цели преимущественно используется православие как наиболее распространённая религия.

Запугивание — активно подчёркиваются негативные последствия употребления наркотиков, прочие эффекты замалчиваются или отрицаются.

Просвещение — предоставляется полная информация о наркотических веществах с целью дать возможность человеку сделать сознательный выбор.

Аффективная модель — формируется постулат о необходимости здорового образа жизни, и только после формирования определённой картины мировоззрения предоставляется информация о наркотических веществах, с акцентами, расставленными необходимым образом.

Запретительные меры, направленные на ограничение распространения и оборота наркотиков, несмотря на декларируемые успехи, пока что не привели к сколь-либо значимому снижению заболеваемости наркоманией.

Согласно мнению экспертов ООН приведенном в докладе «Наркомания, преступность и мятежники. Транснациональная угроза афганского опия» в 2009 году, запретительные меры в России не приносят сколько лишь значительного эффекта, а только усугубляют ситуацию и увеличивают уровень коррупции. В России властями изымается около 4 % поступающего в страну героина, для сравнения в Ираке эта цифра составляет 17 %. Анализ данных проведенный экспертами ООН свидетельствует о крайне низкой эффективности жестких запретительных мер по борьбе с наркотиками обусловленной высоким уровнем коррупции.

Первичная, вторичная и третичная профилактика наркозависимости

Систему профилактических мероприятий можно разделить на три части:

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость. Ориентирована на детей и подростков, не имеющих опыта употребления психически активных веществ.

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни.

Третичная профилактика злоупотребления ПАВ, или реабилитация - комплекс социальных, образовательных и медикопсихологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

В целостной системе профилактики наркозависимости приоритет отдается прежде всего ранней, первичной профилактике.

Вторичная профилактика зависимости от ПАВ касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни. Ее цель - максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ как потребителю, так и окружающей его среде - учащимся образовательного учреждения и семье, предотвратить формирование хронического заболевания. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личностного и социального статуса учащегося.

Своевременно начавшиеся лечебно-реабилитационные мероприятия не только восстанавливают личностный и социальный статус детей и молодежи, но и весьма существенно ограничивают возможности наркогруппировок по распространению наркотиков и совершению других противоправных действий, поскольку снижается потребность в приеме наркотиков и, следовательно, в криминальном добывании денег для их приобретения, что определяет большое значение вторичной и третичной профилактики.

Важнейшими составными частями вторичной профилактики являются: создание системы раннего выявления потребителей ПАВ, обеспечение доступности комплексного обследования и оказание квалифицированной психологической, медицинской, педагогической и социальной помощи.

•

Мероприятия, направленные на предотвращение срывов и рецидивов наркомании, относятся к третичной профилактике. Собственно, это и есть реабилитация, которая, по мнению экспертов ВОЗ, представляет собой комплексное направленное использование медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне.

Активные профилактические мероприятия должны опираться:

- на методологию формирования у детей и молодежи представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, препятствующих вовлечению в наркогенную ситуацию;
- на формирование у детей и молодежи, а также у лиц, вступивших на путь первых проб ПАВ, умений и навыков активной психологической защиты от вовлечения в наркотизацию и анти-социальную деятельность (первичная, вторичная и третичная профилактика);
- на раннее выявление и диагностику наркозависимости;
- на реабилитацию детей и молодежи, возвращающихся из среды наркотизации в нормативную жизнь (вторичная и третичная профилактика).

Принципы профилактики наркозависимости

В качестве основных принципов профилактической работы в «Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» обозначены следующие:

1. Комплексность

Согласованное взаимодействие:

- на межведомственном уровне - органов и учреждений, отвечающих за различные аспекты государственной системы профилактики наркомании в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты населения, правоохранительные органы и др.);
- на профессиональном уровне - специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактики (воспитатели, педагоги, дошкольные, школьные и медицинские психологи, врачи, наркологи, социальные педагоги и социальные работники детства, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних);
- в системе образования - органов управления образованием на федеральном, региональном, муниципальном уровнях, а также образовательных учреждений, отвечающих за взаимодействие и координацию различных профилактических мероприятий в русле единой целостной программы комплексной профилактики.

2. Дифференцированность

Дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов профилактики с учетом:

•
во-первых, возраста. По возрасту наиболее значимо выделение группы детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет), младшего школьного возраста (7-10 лет), среднего школьного возраста (11-14 лет), старшего подросткового возраста (15-16 лет), юношеского возраста (17-18 лет) и молодежи (от 18 лет); во-вторых, степени вовлечения в наркогенную ситуацию. При этом значимо выделение детско-подростковых и молодежных групп, не вовлеченных в наркогенную ситуацию, но относящихся к «группе риска наркотизации», например, лишенных родительского попечения и находящихся в условиях безнадзорности; имеющих различные проблемы в развитии и поведении («трудные и проблемные» дети и подростки); начавших употреблять наркотики (потребители наркотиков); заболевших наркоманией. В этом контексте приобретает свою специфику профилактическая работа со студентами средних и высших профессиональных учебных учреждений.

3. *Аксиологичность* (ценностная ориентация)

Этот принцип включает формирование у детей и молодежи мировоззренческих представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, законопослушности, уважении к человеку, государству, окружающей среде и др., которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров потребления ПАВ, а в случае заболевания служит основанием для социальной реадaptации и реабилитации.

4. *Многоаспектность*

Сочетание различных направлений целевой профилактической деятельности. Ведущими аспектами профилактической деятельности в образовательной среде являются:

- социальный аспект, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни, отрицательного отношения к пробе и приему психоактивных веществ, в том числе наркотиков, меняющих психическое состояние;
- психологический аспект, направленный на формирование стрессо-устойчивых личностных установок, позитивно-когнитивных оценок, а также навыков «быть успешным», быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации, включая ситуацию предложения наркотиков;
- образовательный аспект, формирующий систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях злоупотребления ПАВ.

Многоаспектность комплексной профилактики включает также направленность ее воздействия на различные уровни в поле субъект-объектных взаимодействий при осуществлении профилактических мероприятий:

- социально-средовое воздействие, направленное на разрушение групп наркотизирующихся де-

-
- теи и подростков и на создание социально-поддерживающей инфраструктуры;
- воздействие на «саморазрушающее» поведение детей и подростков, вовлеченных в наркотизацию, а также на другие отклоняющиеся («девиантные») формы поведения детей группы риска;
- воздействие, связанное с индивидуальными или групповыми формами оказания профилактической помощи.

5. *Последовательность* (этапность)

Принцип последовательности или этапности предусматривает, что ее цели и задачи должны быть:

- разделены на общие стратегические и частные (этапные), т.е. не могут быть реализованы одномоментно или аврально, по типу разовой кампании;
- на каждом этапе возможность реализации поставленных целей и задач должна быть поддержана соответствующим целевым финансированием;
- для обеспечения последовательности или «алгоритма» шагов в реализации системной профилактики в нее должен обязательно входить социально-психологический мониторинг, ориентированный не только на оценку субъективных и объективных факторов распространенности наркотиков, но и на формирование структур и элементов системы сдерживания распространения, системы социально-психологической поддержки.

6. *Легитимность*

Легитимность предусматривает необходимую правовую базу антинаркотической профилактической деятельности. К правовой базе указанной деятельности, безусловно, относятся все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, которые в пределах своей компетенции и статуса обязаны заниматься профилактикой. К правовой базе относятся также права и обязанности детей и молодежи, которые затрагиваются в различной степени, когда по отношению к ним осуществляются активные профилактические мероприятия. Таким образом, правовые границы антинаркотической профилактики предусматривают:

- действия, не нарушающие установленную в законе компетенцию органа или лиц, осуществляющих профилактические меры;
- действия, не нарушающие права несовершеннолетнего как гражданина и члена общества, к которому относятся эти профилактические мероприятия.

При этом может возникать правовая ситуация, когда те или иные действия в границах осуществления первичной и вторичной профилактической помощи не запрещены, однако не регламентированы нормативными актами. Например: доврачебная и врачебная диагностика наркотического опьянения в образовательном учреждении; диагностика употребления наркотиков методом тестирования; социальное вмешательство специалиста в семью при риске наркотизации для ре-

•

бенка.

Следовательно, компетенция органов и лиц, осуществляющих профилактическую работу, и степень взаимодействия различных ведомств и специалистов должны быть закреплены в соответствующих нормативных актах. Это ставит перед участниками системы профилактики специфические задачи: максимальный учет отраслевых законов, их согласование в рамках концепции активной, системной первичной профилактики; использование мирового и российского опыта в правовом обеспечении диагностики употребления наркотиков, организации раннего выявления потребителей и их оздоровления, социально-психологической реабилитации, с одной стороны; защиты их прав и законных интересов - с другой. Для этого необходима соответствующая специальная, в том числе правовая, подготовка специалистов, участвующих в оказании профилактической помощи. Особое внимание должно быть обращено на правовые гарантии прав несовершеннолетнего во всех случаях применения к нему активных профилактических мер, влекущих принуждение и ограничение его прав. Нельзя предоставлять органам и лицам, осуществляющим профилактику, право проводить диагностику наркотического опьянения, употребления ПАВ, не сформировав в том же нормативном акте механизм защиты прав и достоинства ребенка, по отношению к которому осуществляются эти действия.

Вопросы для самопроверки

1. Что такое «профилактика наркомании»?
2. В чем различие между медицинской, образовательной и психосоциальной моделями профилактики?
3. Какие пропагандистские модели наркопрофилактики существуют?
4. В чем различие между первичной, вторичной и третичной профилактикой?
5. Раскройте суть основных принципов профилактики наркозависимости.

ЛЕКЦИЯ 8. ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

8.1 Специфика первичной профилактики потребления наркотиков с учетом возрастных особенностей целевой аудитории

Как отмечается в «Докладе Международного комитета по контролю над наркотиками» за 2009 год первичная профилактика пропагандирует свободный от наркотиков образ жизни и преследует цель предупредить или отсрочить первичное потребление наркотиков и переход к более регулярному потреблению наркотиков среди тех, кто принимает их эпизодически. Потребление

•
наркотиков, как правило, начинается в подростковом или раннем взрослом возрасте – в период когнитивного и социального развития человека. Поэтому первичная профилактика предусматривает принятие мер прежде всего на этих и более ранних стадиях жизни.

Мероприятия первичной профилактики могут быть ориентированы на все население (так называемая универсальная профилактика) или на конкретные группы людей, которые могут быть уязвимыми из-за опасных условий их жизни (избирательная профилактика). Потребление наркотиков можно предупреждать непосредственно с помощью мероприятий, нацеленных на профилактику потребления наркотиков, или опосредованно с помощью мероприятий, предупреждающих потребление наркотиков в результате укрепления здоровья населения в целом.

Первичная профилактика в отношении всего населения может способствовать как сокращению спроса, так и выявлению недостатков или групп населения, которым не уделяется достаточно внимания. Для эффективного удовлетворения потребностей конкретных групп или уязвимых контингентов могут разрабатываться инициативы, имеющие более четкую направленность или предусматривающие принятие более энергичных мер. Таким образом, план профилактической деятельности должен включать оба вида мер: меры, нацеленные на население в целом, и меры, нацеленные на более уязвимые группы населения.

Эффективность профилактических подходов определяется учетом возрастных особенностей конкретных групп населения.

Дошкольный и младший школьный возраст

Меры по укреплению здоровья и социальному развитию детей, принимаемые в дошкольном возрасте (в отношении детей в возрасте до шести лет), могут предотвратить возникновение целого ряда проблем, включая наркопотребление, в подростковом и более старшем возрасте. Профилактическую работу необходимо начинать среди будущих родителей, информируя их об опасностях, связанных с потреблением наркотиков, алкоголя или табака во время беременности. Чрезвычайно эффективной мерой применительно к детям дошкольного возраста является посещение молодых семей, сталкивающихся с различными проблемами (психические расстройства родителей или злоупотребление наркотиками, отсутствие поддержки со стороны партнера и т.д.). Обычно такие программы предусматривают налаживание тесных и продолжительных отношений с матерью и семьей еще до или сразу после появления ребенка на свет. Цель этих программ — помочь матери в поддержании собственного здоровья, в вопросах развития ребенка и в получении доступа к соответствующим службам.

Эффективные просветительские программы для детей младшего возраста позволяют повысить академическую успеваемость и укрепить социальные навыки уязвимых детей, принося долгосрочные выгоды в самых разных областях, включая снижение уровня потребления наркотиков. Программы для семей с детьми дошкольного возраста позволяют выявлять и устранять еще в ран-

•
нем возрасте поведенческие проблемы (такие как непослушание и поведенческие расстройства) и совершенствовать методы воспитания детей, а также помогают родителям создавать условия, которые способствуют позитивному развитию ребенка.

Ресурсы первичной профилактики применительно к этой категории населения лучше всего направлять на деятельность, основным участником которой являются семьи. Большинству родителей требуется поддержка, и чрезвычайно важную вспомогательную роль, особенно в тех странах, где отсутствуют развитые системы социального обеспечения, может играть расширенная семья.

Обстоятельства и потребности могут быть самыми разными. В некоторых случаях бывает достаточно небольшого совета; в других случаях наиболее полезным может оказаться обучение методам воспитания при участии всей семьи или оказание врачебной помощи. Идеальной же является многоуровневая система оказания услуг в зависимости от конкретных потребностей или степени риска. Она обеспечивает оказание всем семьям общины программной поддержки и предоставление семьям с особыми потребностями возможности доступа к соответствующим услугам, не ставя себя в униженное положение.

В некоторых регионах все более широкое распространение получают программы обучения навыкам семейной жизни, которые объединяют группы семей и, как правило, состоят из восьми занятий. Такие программы оказываются эффективными как в тех случаях, когда группы семей образуются в зависимости от факторов риска (например, семьи, в которых один из родителей страдает наркозависимостью), так и когда такие группы образуются без учета степени риска. В обоих случаях такие программы, как правило, помогают родителям научиться лучше слушать детей и друг друга и общаться между собой, решать проблемы, поддерживать дисциплину и следить за жизнью ребенка в подростковом возрасте. Проводимые занятия должны быть интерактивными (а не в виде лекций) и должны давать родителям и детям возможность сообща испытывать новые идеи и навыки. Такие занятия часто организуются во взаимодействии с местной школой, что позволяет укрепить взаимную поддержку родителей и учителей.

В целом программы обучения навыкам семейной жизни относятся к числу наиболее эффективных средств профилактики наркопотребления; кроме того, как показала практика, они позволяют смягчить некоторые другие виды проблемного поведения (агрессивность, прогулы, бродяжничество) и укрепить связь со школой.

Ранний и средний подростковый возраст

Важным компонентом профилактики наркопотребления среди детей раннего подросткового возраста, посещающих школу, является просвещение с целью повышения уровня их информированности об опасностях потребления наркотиков. Возможности профилактики потребления наркотиков посредством школьных просветительных мероприятий значительно расширяются в

•
том случае, если такие мероприятия являются частью более широкой системы по созданию условий для укрепления здоровья детей, обеспечению надлежащего доступа к соответствующим службам и активному участию родителей и общины. Наиболее перспективные модели такого школьного просвещения предусматривают предоставление точной и сбалансированной информации об опасностях и последствиях потребления наркотиков в контексте изучения социальных факторов и обучения жизненно важным навыкам (таким как преодоление проблем, принятие решений, критическое осмысление и настойчивость)

В рамках просвещения о рисках, связанных с потреблением наркотиков, важно применять интерактивные подходы, поскольку простое информирование оказывается безрезультатным.

Фактор актуальности имеет огромное значение для принимаемых мер, поэтому учет особенностей культуры при планировании просветительных мероприятий может повысить эффективность программ просвещения об опасностях злоупотребления наркотиками, предназначенных для учащихся разной этнической принадлежности. Из-за того, что многие факторы риска находятся за пределами школ, даже самые лучшие программы имеют ограниченную эффективность. Однако такие программы считаются эффективными с точки зрения затрат, поскольку их осуществление требует сравнительно небольших затрат и они оказывают влияние на другие виды поведения, а также потому, что, отсрочив начало потребления наркотиков некоторыми учащимися даже на один или два года, можно избежать в будущем значительных социальных издержек.

Большое значение имеет наличие школьной политики в отношении потребления психоактивных веществ, поскольку она позволяет школе регулировать вопросы наркопотребления и воздействовать на существующие в школе нормы и культурные традиции. Школьная политика в отношении потребления психоактивных веществ должна охватывать вопросы потребления наркотиков, алкоголя и табака среди учащихся и персонала. Сбалансированная политика в отношении потребления психоактивных веществ предполагает поиск таких решений, которые носят воспитательный характер и нацелены на укрепление здоровья, включая осмысление последствий нарушения установленных норм, и сводят к минимуму применение таких карательных мер, как временное освобождение от занятий в школе (имеющее зачастую обратный эффект активизации антиобщественного поведения)

Универсальные профилактические меры, преследующие цель распространения знаний, формирования жизненных навыков или улучшения обстановки в школе, могут оказаться полезными для всех учащихся. Однако некоторые учащиеся (например, те, кто не успевает в школе, имеет поведенческие расстройства или ограниченные способности обучения либо не участвует во внеклассной деятельности) могут столкнуться с разнообразными проблемами, включая потребление наркотиков, и им могут помочь целевые профилактические меры.

•

Достаточно эффективными могут оказаться мероприятия по поддержке учащихся, подверженных более высокому риску, путем оказания им помощи в учебе, обучения жизненно необходимым навыкам или вовлечения в занятия спортом и другие программы организации досуга. Важно быть внимательными при выборе конкретной меры, т.к. объединение учащихся, подверженных повышенному риску, оказывают обратный, контрпродуктивный эффект, поскольку учащиеся контактируют в этом случае в основном с неблагополучными сверстниками и проводят меньше времени в обычном классе с обычными сверстниками.

Учреждения, обслуживающие молодежь, спортивные клубы и другие организаторы внешкольных мероприятий обеспечивают прекрасные возможности для развития молодежи и укрепления ее здоровья. Одно то, что они предлагают альтернативные виды деятельности для детей и молодежи, играет важную роль в деле пропаганды здорового досуга. Вместе с тем их роль может быть усилена, если будут разрабатываться программы, в рамках которых: каждый молодой человек чувствует себя физически и психологически защищенным; действующие правила и ожидаемые достижения четко определены и соответствуют возрасту участников; и имеется множество возможностей для того, чтобы брать на себя все более серьезные функции. Потенциал таких структур в значительной степени зависит от характера отношений молодежи со взрослыми, которые выступают в качестве лидеров и тренеров. Если это уважительные, теплые и доверительные отношения, они способствуют укреплению здоровья ребенка. Главная задача взрослого лидера – приложить все усилия к тому, чтобы каждый ребенок и молодой человек чувствовали себя частью единого целого.

Программы для подростков и более взрослых молодых людей должны предусматривать всевозможные меры для активного вовлечения участников (например, с помощью спорта и искусства), быть достаточно продолжительными для того, чтобы между персоналом и всеми участниками могли быть налажены отношения, основанные на доверии и взаимной поддержке, и быть ориентированы не столько на достижение конкретных результатов, сколько на обучение и формирование необходимых навыков.

Информирование в рамках первичной профилактики, чтобы быть эффективным, должно быть четко ориентировано на конкретную целевую аудиторию (например, подростки с отклоняющимся поведением, дезадаптированные подростки, молодежь, родители девиантных подростков и т.п. Важное значение имеют также следующие аспекты:

- информация о наркотиках, распространяемая в рамках таких кампаний, должна быть точной и сбалансированной;
- отмечая долгосрочные последствия наркопотребления, необходимо также обращать внимание на непосредственные личностные и социальные последствия (например, неопрятный внешний вид, чувство стыда, испытываемое на следующий день после наркотизации и совер-

- шения каких-либо антиобщественных действий, усиливающееся безразличие, утрата способности сосредоточиваться на каком-то деле, задержание милицией);

- поскольку молодежная среда крайне неоднородна, важно хорошо знать целевую группу, а также представления этой группы о данном наркотике и его социальной значимости (например, обращения средств массовой информации, адресованные той части молодежи, которую образуют искатели острых ощущений, должны отличаться от обращений, адресованных тем молодым людям, которых, из-за одолеваемого их чувства тревоги, может привлечь потребление наркотиков);

- знать обо всех молодежных тенденциях и понимать возрастные особенности, для большинства взрослых — задача крайне сложная; поэтому важно привлекать к разработке информационных мероприятий членов соответствующей целевой группы.

8.2 Цели и стратегия первичной профилактики

Целями первичной профилактической деятельности

на данном этапе становления государственной системы профилактики злоупотребления ПАВ и наркомании в образовательной среде являются:

- изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающие снижение спроса на психоактивные вещества в детско-молодежной популяции;

- сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

Стратегия первичной профилактики

Современная концепция первичного, раннего предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков основана на том, что в центре ее должны находиться личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность - семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение.

Стратегия первичной профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

- формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ;

- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддерж-

- ку ребенку, начавшему употреблять наркотики, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема наркотиков;
- внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от "пробы" и приема наркотиков, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления наркотиков учащимися;
- развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение ребенка "группы риска наркотизации" и ребенка, заболевшего наркоманией.

8.3 Профилактическая работа с семьей

В условиях нашей страны, когда практически нет благотворительных организаций, необходимо включить в систему комплексной активной профилактики и реабилитации максимально возможное число семей учащихся, которые должны взять на себя целый ряд функций по реализации профилактической программы.

Активная антинаркотическая профилактическая помощь семье в рамках комплексной активной профилактики и реабилитации сегодня должна проводиться в условиях различия мнений и отношения отдельных семей к самой проблеме, дефицита компетентности по вопросам формирования у детей антинаркотических установок, ценностей здорового образа жизни, трудностей установления контактов и взаимодействия со специалистами при необходимости консультативной, специализированной и социально-правовой помощи, в условиях, когда сами профессиональные группы лиц, работающие с детьми и подростками - учителя, школьные психологи, социальные педагоги и социальные работники, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних (ПДН) также нуждаются в выработке нового подхода к взаимодействию со своими подопечными.

Основные направления работы:

1. Формирование активного отношения родителей к риску наркотизации в той среде, в которой растет и общается их ребенок.
2. Предупреждение случаев вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, эмоционального отвержения детей, жестокого обращения с ними в семье.
3. Оказание помощи семье, когда ребенок начал злоупотреблять психоактивными веществами.
4. Организация на уровне дома, двора, уличного микросоциума благополучной ненаркотической среды, нетерпимой к антиобщественному поведению детей, распространению среди них алкоголя, наркотиков и иных психоактивных веществ.

Основные формы и средства антинаркотической помощи семье:

1. Лекционная - через родительские собрания, семинары, занятия в родительском универси-

•

тете. Данную помощь оказывают заместитель директора по воспитательной работе образовательного учреждения, классные руководители, лекторы - специалисты по проблемам профилактики злоупотребления психоактивными веществами, предупреждения безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

2. Индивидуальное семейное консультирование родителей из «проблемных» дисфункциональных и конфликтных семей по предупреждению ранней алкоголизации, наркотизации, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи. Осуществляют заместитель директора по воспитательной работе, школьный психолог, социальный педагог, специалисты психолого-медико-педагогических комиссий, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

3. Формирование из родительского актива групп родительской поддержки для «проблемных» семей и работа с активом осуществляется зам. директора по воспитательной работе, школьным психологом, социальным педагогом, специалистами центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним и молодежи.

4. Выявление родителей группы «риска» алкоголизации и наркотизации и обеспечение им поддержки в оказании социальной и медико-психологической помощи. Данную работу осуществляет школьный психолог, социальный педагог, специалисты центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи несовершеннолетним и молодежи, служб социальной защиты населения, органов внутренних дел, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

5. Социальное вмешательство в семью при асоциальном образе жизни в семье, жестоком обращении с ребенком, при вовлечении его в раннюю алкоголизацию, наркотизацию, безнадзорное существование реализовывает заместитель директора по воспитательной работе, социальный педагог, специалисты служб социальной защиты населения, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов внутренних дел.

5. Оказание помощи родителям в возвращении ребенка в семью (семейное примирение) в случае ухода ребенка из дома, также находится в ведении социального педагога, школьного психолога, специалистов служб социальной защиты населения, работников органов внутренних дел.

8.4 Профилактическая работа школы

Большую роль в реализации профилактики наркозависимости детей и подростков играет школа.

Цели Концепции комплексной активной профилактики и реабилитации образовательной среде:

- снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества;
- снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом, а также сопутст-

•

вующих заболеваний;

- снижение численности групп риска потребления ПАВ;
- снижение тяжести медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

Основные задачи комплексной активной профилактики и реабилитации в образовательной среде:

- вовлечение в профилактическую антинаркотическую деятельность всех без исключения учреждений системы образования;
- улучшение качества воспитания и формирования у детей и молодежи антинаркотических установок;
- улучшение качества образования за счет повышения уровня здоровья и изменения ценностной ориентации учащихся;
- повышение качества здоровья детей и молодежи;
- улучшение криминогенной обстановки в регионе; разъединение наркотических асоциальных групп;
- возвращение в образовательные учреждения детей и молодежи, прошедших лечение и реабилитацию в связи с наркозависимостью и осуществление профилактической работы с ними по предотвращению срывов и рецидивов заболевания;
- оказание детям и молодежи консультативной, психокоррекционной и реабилитационной помощи;
- осуществление антинаркотической профилактической работы в семьях учащихся, а также в местах досуга детей и молодежи;
- создание в образовательных учреждениях атмосферы негативного отношения к наркотикам и лицам, употребляющим наркотики, с привлечением к этой работе нравственно устойчивых учащихся;
- создание системы раннего выявления и контроля лиц, приобщенных к употреблению наркотиков и наркозависимых на уровне школы, семьи и мест досуга (секции, кружки и пр.);
- реализация этапов профилактической деятельности: создание организационных структур; подготовка: кадров, нормативноправовой базы, дифференцированных программ профилактики, программ научных исследований; взаимодействие с различными государственными, общественными, частными учреждениями и организациями, а также со средствами массовой информации.

Основные направления работы образовательного учреждения:

1. Профилактическая работа с родителями заместителя директора по воспитательной работе, классных руководителей, школьного психолога, социального педагога. Направлена данная ра-

•

бота на:

- Формирование нетерпимого отношения родителей к наркотизации детей в той микросреде, в которой растет и общается их ребенок (через родительский университет, организацию групп родительской поддержки для «проблемных» семей).
- Предупреждение внутрисемейного вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, случаев эмоционального отвержения детей и жестокого обращения с ними (через семейное консультирование, привлечение групп родительской поддержки, специалистов комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, служб социальной защиты населения, органов внутренних дел для оказания помощи «проблемной» семье).
- Оказание помощи семье в конфликтных ситуациях, таких как начало употребления наркотиков ребенком, уходы из дома и т.д. Формами помощи будут консультирование по вопросам «семейного примирения», информирование родителей о целесообразности внутрисемейного тестового контроля наркотизации, помощь семье в установлении контактов со специалистами, с группой родительской поддержки, оказание коррекционной помощи по программам тематических семинаров-тренингов «Как жить с ребенком, который начал употреблять ПАВ».

2. Воспитательно-педагогическая работа с детьми осуществляется практически всеми субъектами образовательного процесса в школе: заместителем директора по воспитательной работе, классным руководителем, педагогами ОБЖ, физической культуры, учителями- предметниками, школьным врачом, а также лекторами - специалистами по вопросам развития и здорового образа жизни. Работа с детьми предполагает осуществление следующих мероприятий:

- Разработка и модификация образовательных программ, ориентированных на формирование ценностей здорового образа жизни (обучение и воспитание через предмет - валеология, ОБЖ, физическая культура).
- Разработка и модификация превентивных образовательных программ, ориентированных на предупреждение употребления ПАВ (обучение и воспитание через предмет - валеология, ОБЖ, литература, история, биология, химия и другие предметы, формирующие понимание социальных и медицинских последствий наркозависимости).
- Разработка и внедрение обучающих программ-тренингов активной психологической защиты для обучающихся среднего и старшего школьного возраста.
- Разработка и внедрение общешкольных антинаркотических мероприятий: тематические «круглые столы», дискуссии и конференции; ролевые игры и спектакли по проблемам противодействия наркотикам и иным ПАВ.
- Формирование волонтерских групп из подростков с лидерскими установками для оказания поддержки сверстникам с проблемами зависимости от ПАВ.

3. Организационно-методическая антинаркотическая профилактическая работа в образова-

•

тельном учреждении осуществляется всеми субъектами образовательного процесса. Включает в себя следующие мероприятия:

- Организация внутришкольного наркопоста при школьном медицинском кабинете, включая следующие формы работы: учет обучающихся с «риском» наркотизации и проблемами наркозависимости; методическое обеспечение просветительской антинаркотической работы в образовательном учреждении; проведение при информированном согласии обучающихся тестовой доврачебной диагностики наркотизации; консультирование родителей по проблемам взаимоотношений с наркотизирующимся ребенком.
- Организация внутришкольных и межшкольных обучающих семинаров, внедрение обучающих программ-тренингов для специалистов образовательных учреждений по методам и средствам предупреждения злоупотребления ПАВ в детско-подростковой среде.
- Организация взаимодействия между образовательным учреждением, комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, наркологической службой, органами внутренних дел, службами социальной защиты населения и группами родительского актива и поддержки "проблемных" семей в целях создания на уровне дома, двора, школьного микрорайона микросреды, благополучной в отношении распространения психоактивных веществ и употребления их детьми и подростками.
- Организация условий для проведения на регулярной основе мониторинга распространенности употребления психоактивных веществ для систематического анализа наркоситуации в школьном микрорайоне и принятия упреждающих мер, позволяющих активно воздействовать на наркоситуацию.

Содержание и структура профилактических программ. Принципы и требования к их разработке

1. Профилактическая программа должна иметь **титульный лист** с: указанием названия учреждения;
 - местом для штампа учреждения с грифом «Утверждаю»;
 - местом для штампа учреждения с грифом «Согласовано»; название программы (мероприятия, проекта и т.д.);
 - сведениями об авторах (ФИО, должность).
2. Содержать следующие **разделы**:
 - пояснительная записка;
 - оглавление;
 - содержательная часть, описывающая этапы реализации программы; приложения;
 - список использованной литературы.
3. Пояснительная записка должна включать: содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения, актуальность;
 основания для разработки программы.
4. **Содержательная часть** программы включает:
 - основные цели и задачи программы (мероприятия);
 - описание предлагаемых форм и методов работы и способа их реализации;

- - целевая группа, на которую направлена программа;
 - сроки (период), необходимый для выполнения программы;
 - ожидаемые конечные результаты выполнения программы, описание механизмов оценки результативности программы;
 - тематическое планирование, этапы реализации программы;
 - описание мероприятий программы в форме сценарного плана, хода занятия и др. (тема/задача/методы/ используемые материалы и оборудование/содержание действий ведущего и участников); перечень показателей для определения эффективности реализации мероприятий программы;
- а. **В приложениях** могут быть представлены:
- анкеты;
 - тесты;
 - карточки с заданиями; бланки документов;
 - таблицы, схемы; справочные, методические, нормативные и иные материалы и документы; другие материалы (на усмотрение авторов).

Теоретические материалы

Каковы особенности работы с подростками группы риска?

При работе с подростками группы риска ведущий может столкнуться с определенными стереотипами, сформированными у них по отношению к взрослому. Эти стереотипы могут существенно затруднять процесс работы и снижать ее эффективность, поэтому одной из важнейших задач ведущего является преодоление этих стереотипов и формирование представлений о том, что работа со взрослым может быть построена на партнерстве и доверии.

Наиболее распространенные мнения и убеждения подростков о взрослых

1. «Взрослые не хотят понять меня». Ведущий может эффективно взаимодействовать с подростком, только если внутренняя мир ребенка для него действительно интересен.
2. «Взрослый всегда оценивает и решает, что правильно, а что нет». Ведущему следует избегать при работе с детьми оценочных суждений, ему необходимо делиться своими чувствами и своим мнением.
3. «Взрослые всегда уверены в своей правоте». Ведущему следует относиться к информации, полученной от подростка, с уважением и доверием.
4. «Взрослые никому не дают права на ошибку». Ведущему следует помнить, что любой, даже негативный, опыт при условии принятия и переосмысления является ресурсом для личностного роста.
5. «Взрослые всегда навязывают свою волю». При работе с детьми следует учитывать их желания и потребности.
6. «Общаясь со взрослым, всегда можно —надавить на жалость и добиться своего». Ведущему следует быть уверенным в своей позиции и не поддаваться на манипуляции.

Ваша задача — подготовить процедуру закрытия, сделать так, чтобы все участники поблагодарили друг друга. Обеспечить участников информацией о системе поддержки. Дать понять участникам, что вы всегда рады им помочь. Участникам можно предложить нарисовать совместный рисунок их группы или провести следующее упражнение: каждый обводит на листе бумаги контур ладони. В центре пишет свое имя, в каждом пальце то, что нравится в себе самом. Затем лист передают соседу справа, он в течение 30 секунд пишет на листе (снаружи ладони), что-то, что нравится в человеке — хозяине ладони. Так листочки обходят весь круг. Хозяину лист возвращается в перевернутом виде. Затем все участники одновременно переворачивают свои листы и читают, что на них написано. Упражнение направлено на получение участниками позитивной обратной связи, на возможность выражения позитивных эмоций.

Дайте участникам контактные телефоны, адреса организаций, в которых они могут получить поддержку. Предложите группе собраться через определенное время после окончания про-

граммы, для того чтобы обсудить изменения, проблемы, возникшие после прохождения тренингов.

7. «Взрослые часто бывают неискренними с детьми». Среди подростков, особенно группы риска, много тех, кто не раз в своей жизни был обманут взрослыми, поэтому они очень чувствительны ко лжи. Завоевать доверие подростков — важнейшая задача ведущего, которую он может решить, только если будет предельно искренним и правдивым во взаимоотношениях с детьми.

Чтобы преодолеть сложившиеся стереотипы, необходимо научиться **конструктивно общаться с подростками**.

В этом помогут следующие **рекомендации**.

– При первой встрече с подростками важно продемонстрировать, что у вас есть общие взгляды на самые разнообразные вещи. Добиться этого можно, задавая эмоционально нейтральные вопросы с заведомо прогнозируемым положительным ответом.

– Ведущему желательно не употреблять категорических суждений, а высказываться, используя выражения типа «наверное», «скорее всего», «возможно», «пожалуй, я могу с тобой согласиться», «у меня схожее мнение», «я тоже так думаю», «в твоих словах есть здравый смысл».

– Необходимо демонстрировать заинтересованность и внимание к увлечениям подростка, какими бы незначительными, на взгляд ведущего, они ни были. Можно попросить подростка рассказать о своих увлечениях более подробно, задавая ему ряд уточняющих вопросов и проявляя интерес.

– Не стоит спорить с подростком, отстаивая «истинную» точку зрения, потому что в большинстве случаев главная задача ведущего — преодолеть отчуждение ребенка, а не установить истину.

– Следует внимательно относиться к тому, что подросток рассказывает о себе и других людях, поскольку, рассказывая о себе, он пытается повысить чувство собственного достоинства, а, рассказывая о других, как правило, поднимает волнующие темы, за которыми стоят его собственные проблемы. Ведущему важно принять полученную информацию и тем самым помочь снятию внутреннего напряжения у подростков.

Трудности групповой работы: как с ними справиться?

В процессе групповой работы часто возникают проблемные ситуации. Причинами таких ситуаций в групповой работе с подростками могут быть:

Нарушение конфиденциальности — серьезная проблема, поскольку групповая работа основана на доверительных отношениях, в частности, на уверенности, что никто из участников не расскажет о том, что происходит в группе.

Что делать?

Во время подготовки к групповой работе уделите достаточно внимания вопросам доверия; обсудите правила конфиденциальности и последствия его нарушения; обозначьте пределы конфиденциальности (теоретическая информация должна распространяться, а личная является закрытой).

Образование группировок — небольших подгрупп или пар с установившимися отношениями — может отрицательно сказаться на сплоченности всей группы. С другой стороны, внутри группировок существует достаточный уровень сплоченности, и это можно использовать в рабочих целях.

Что делать?

Предотвратить появление группировок можно, если с самого начала проводить упражнения с постоянной сменой участников в парах и микрогруппах. Кроме того, используя специальные приемы, можно время от времени менять участников местами, рассаживая порознь членов группировки.

внимания (позерство). Некоторые участники стремятся постоянно быть в центре внимания всей группы. Подростки часто нуждаются в этом и пытаются добиться этого всеми возможными и даже негативными способами.

•
Что делать?

Избегайте невербального подкрепления (улыбок, одобрительных кивков), когда видите, что подросток работает на публику. Разбейте группу на пары, а сами составьте пару с участником, активно привлекающим к себе внимание. Установите для каждого лимит времени. Подчеркните, что работа и внимание группы должны быть распределены равномерно между всеми участниками. Обращайтесь к другим участникам, особенно к застенчивым.

Чтобы подбодрить тихих и несловоохотливых подростков, задавайте им несложные вопросы, вовлекайте в работу в парах, чтобы им приходилось делиться ответственностью за работу с напарником. В ролевой игре давайте им доминирующие роли, постарайтесь посадить их с активными участниками, поддерживайте инициативу, опрос проводите по кругу.

Соппротивление. Иногда сопротивление кажется преднамеренным, но это не так. Оно может проявляться в следующих формах поведения: демонстративное неповиновение ведущему, молчание, открытое выражение недоверия, попытки спровоцировать ведущего на агрессию.

Что делать?

Можно встретиться с каждым из сопротивляющихся участников перед началом занятия и попытаться доходчиво объяснить, для чего создается группа, а также сказать о том, что у каждого члена группы есть право покинуть ее. Если сопротивляющийся один в группе, не тратьте на него слишком много сил в попытке прекратить сопротивление. Позвольте ему выразить свой гнев по поводу того, что ему приходится участвовать в группе, после этого оставьте в покое и продолжайте работу. Если подросток проявляет враждебность, молчит или язвительно разговаривает, попросите рассказать, что заставляет его вести себя подобным образом. Используйте упражнения и практические задания, которые требуют активных действий, не ждите, что участники будут сидеть и просто разговаривать, как взрослые. Пусть они делают или создают что-то конкретное, изучая новые модели на практике.

Споры— нормальное явление в групповой работе, поскольку в межличностном общении часто возникают различные мнения по обсуждаемым вопросам. Однако большинство подростков не умеют корректно выражать свое несогласие и не владеют методами разрешения конфликта.

Что делать?

Переведите спор в дискуссию, для того чтобы подростки учились разрешать конфликты конструктивными методами. Используйте возникающие эмоции для углубления взаимоотношений между участниками, а различия во мнениях — в целях обучения. Попросите участников открыто высказать свои мысли, а затем предложите остальным поддержать одну из сторон или высказать свою точку зрения.

Обезличенные и обобщенные высказывания. Вместо «я» участники говорят «мы» или «каждый», формулируют общие принципы («человек, по сути, такой-то») и предпочитают обращаться ко всей группе, а не к отдельным людям. В то время как только конкретное обращение к конкретным людям является условием продуктивного взаимодействия в группе. Что делать?

Необходимо указать на особенности поведения членов группы и предложить чаще обращаться к конкретным участникам. Необходимо объяснить, что когда участники высказывают свое личное мнение и идентифицируют себя как личность со своими высказываниями, другие люди слушают их более внимательно и заинтересованно.

Постоянные вопросы. Вопросы полезны только тогда, когда они углубляют взаимодействие, заставляют размышлять, обозначают несогласие. Вопросы бесполезны и даже вредны, если они являются попыткой рационализировать чувства, завуалировать критику, выразить враждебность по отношению к другим.

Что делать?

Ведущий должен понимать, что такой способ поведения хотя и комфортен, но не эффективен, поэтому необходимо предлагать таким участникам переформулировать вопросы в утвердительные высказывания.

Шутники, «клоуны» в группе — дружелюбный вариант саботажников. Своими постоянными и неуместными шутками такие участники мешают серьезным намерениям других участников. С помощью шуток они привлекают к себе внимание.

•
Что делать?

Необходимо позаботиться о том, чтобы каждый участник увидел свои сильные стороны и смог получить от остальных достаточно позитивную реалистичную обратную связь. Кроме того, ведущий может предложить участнику походить по комнате и поиграть в настоящего нигилиста, который в смешном виде изображает все, что происходит в группе. Это может помочь участнику понять бессмысленность своего поведения.

Самобичевание. Некоторые участники постоянно обвиняют либо сами себя, либо группу, делая неблагоприятные прогнозы. Таким способом они маскируют свою потребность в помощи и внутреннее одиночество.

Что делать?

Ведущему следует поддержать, приободрить участника, обратить внимание даже на незначительный прогресс в его деятельности, похвалить его за усилия, повысить его уверенность в благоприятном развитии событий: «Молодец! Ты стараешься, а это обязательно приведет к успеху!».

Посторонние разговоры. Многие участники склонны порой шептаться со своим соседом, когда другой говорит. Эти разговоры вызывают недоверие и раздражение у других. Что делать?

Спросить шепчущихся участников, готовы ли они сообщить содержание своего разговора всей группе. Обратить внимание участников на правила.

Стремление постоянно играть— игры важны для вовлечения участников в работу, для возбуждения интереса к процессу и для достижения ощущения безопасности, но они не могут заменить основной работы.

Что делать?

Применять интерактивные игры дозировано, использовать разнообразные формы работы.

И еще некоторые **практические советы:**

В случае, если подросток допускает *грубые высказывания* в ваш адрес, следует *нарушить логику действий подростка*. Например, обратиться к нему с искренней просьбой повторить сказанное, ссылаясь на то, что вы недослышали: «Простите, я не расслышал. Вы кажется что-то сказали?» Это подтолкнет ребенка к поиску более культурных форм обращения. Используйте технику «наивного удивления»: «Это вы мне?», «Разве так бывает?», «Вы действительно так сказали?» — это поможет вам сохранить собственное достоинство.

Соглашайтесь с подростком, когда он говорит нечто, способное, по его мнению, вывести вас из равновесия. Он меньше всего ожидает, что вы согласитесь с ним. Это озадачивает. Согласие — отличный способ прекратить сопротивление. Для подростков группы риска ключ к успеху в групповом занятии — это **УЧАСТИЕ**.

Внося свой собственный вклад в групповые отношения, подростки чувствуют свою нужность. Это дает им ощущение сопричастности, включенности в общую жизнь — мощный фактор личностного развития (повышение самоуважения). Дети с более высоким самоуважением смогут вносить больший вклад в развитие групповых отношений. Так по спирали улучшается качество участия в группе и увеличивается польза от выполнения упражнений.

Если подросток проявляет *нетактичность или мешает проведению занятия*, отпуская реплики и комментарии типа: «Достали, сколько можно делать одно и тоже!», вам следует вернуть ему фразу в окультуренном варианте: «Если я вас правильно понял(а), уважаемый Виктор, вы хотели сказать: — Не могли бы мы отдохнуть немного и заняться чем-нибудь другим?— Разве я могу отказать вам в такой просьбе!»

Помните! Вы не сможете сохранить собственное достоинство, если потеряно достоинство подростка.

Делайте акценты на добрых намерениях подростков, которые внешне проявились в негативной форме: «Ты, наверное, хотел сделать комплимент? Спасибо! Мне приятно твое внимание».

Рассматривайте поступки подростков с *позиции доброжелательности*: «Конечно, всякий, кто имеет такой пронизательный ум, как у тебя, схватывает все на лету. Соответственно, тебе неинтересно повторять одно и тоже много раз...»

•
В моменты, когда подросток *отвлекается*, полезно прямо спросить его: «Петр, что ты думаешь по данному вопросу?» Такие вопросы отвлекают от плохого поведения и направляют внимание подростка.

Попросите об одолжении: «Гавриил, помоги, пожалуйста, раздать дополнительные материалы к заданиям».

Измените деятельность.

Дети, демонстрирующие поведение, направленное на привлечение внимания, показывают, что хотят взаимодействовать со взрослыми, но не знают, как общаться в позитивной манере. Обращайте больше внимания на этого подростка, когда он демонстрирует конструктивное поведение, и старайтесь не акцентировать свое внимание и внимание группы на деструктивно-провокационных формах поведения.

Подростки ведут себя плохо, потому что для них важно быть главными. Они провоцируют взрослого перед группой, так как им необходимы зрители.

Не вступайте в конфронтацию. Акцентируйте внимание на поступках, а не на личности подростка, обсудите поступок позже. Не обостряйте ситуацию. Позвольте подростку сохранить чувство собственного достоинства.

Давайте подросткам возможность проявить свою активность во время занятия — привлекайте их к решению самых разнообразных проблем при проведении тренинга. Принимайте вместе с ними правила, просите высказывать и обосновывать предпочтения в ходе группового занятия, давайте им возможность побыть тренером в ходе работы и т.п. Необходимо решить, какими методами будет оцениваться результативность работы. Одним из вариантов является проведение анкетирования или опроса участников и их родителей.

По окончании программы подросток должен:

1. Иметь представление о внутреннем мире человека, о том, какую пользу приносят знания и какое значение они имеют в жизни человека.
2. Уметь свободно выражать свои мысли, чувства и переживания.
3. Иметь навыки саморегуляции.
4. Иметь стремление к личностному росту, самопознанию и саморазвитию.
5. Стремиться к активному творческому самовыражению, поиску и утверждению своей индивидуальности, искать пути для самореализации.
6. Быть готовым к сотрудничеству со сверстниками и взрослыми.
7. Владеть навыками эффективного общения, активного слушания, диалога, дискуссии.
8. Иметь навыки социальной адаптации.
9. Осознавать свою социальную, половую и семейную роли во взаимоотношениях с окружающим миром (людьми, природой, вещами).
10. Иметь осознанное стремление к здоровому образу жизни, осознанное отношение к проблеме зависимости.
11. Адекватно воспринимать окружающую действительность, уметь адаптироваться к реальным социально-экономическим, психологическим условиям, быть способным к ответственному принятию решения в ситуации выбора.
12. Иметь представление о рациональных способах организации свободного времени.
13. Уметь получать необходимую информацию, знать способы ее получения.

Некоторые подростки в ответ на реальную или вымышленную обиду начинают мстить кому-то из взрослых или сверстников в процессе групповой работы. Вам следует строить свои отношения так, чтобы подростки чувствовали, что вы заботитесь о них. Следует обучить ребят приемлемым способам выражения своей душевной боли и страдания. Некоторые дети так сильно боятся поражения, неудачи, что предпочитают ничего не делать. Они избегают общения и остаются в изоляции. Когда дети переживают неудачу, ищите два плюса на каждый минус. При негативном высказывании подростка о самом себе и о своей работе произнесите вслух не менее двух позитивных высказываний о нем. Перед выполнением сложного задания или когда вы видите признаки подступающей неуверенности, попросите подростка повторять: «Я смогу»!

Рабочие материалы

Подростковый возраст недаром называют сложным периодом. Он труден не только для родителей, но и для педагогов. Ведь именно в 12—16 лет ребенок пытается самоутвердиться как личность, почувствовать себя взрослым и независимым. А в наше время, когда мир полон соблазнов и дозволенности, эта проблема становится еще более актуальной. По статистике, именно в этот период ребенок пробует первую сигарету, первый бокал алкогольных напитков. Несмотря на все попытки родителей контролировать поведение своего ребенка, часто это представляется крайне трудным. И очень грустным является тот момент, если ребенок полностью выходит из-под контроля или попадает под пагубное влияние плохой компании.

Центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения рекомендует использовать предлагаемый тестовый материал с целью изучения осведомленности обучающихся о вредных привычках, выявления несовершеннолетних, склонных к употреблению и употребляющих психоактивные вещества.

Узнав о склонности обучающегося к употреблению ПАВ, крайне осторожно делайте выводы. Проводите систематическую антинаркотическую профилактическую работу в классе, что позволит вовремя остановить приобщение несовершеннолетнего к курению, употреблению алкоголя, наркотиков.

1. Работа с детьми и подростками:

- Реализация программ тренинговых занятий, направленных на развитие коммуникативных навыков, навыков личностного роста, принятие решений в экстремальных ситуациях, выхода из конфликта и умение сказать «нет» наркотикам.

- Организация и проведение классных часов антинаркотической направленности.

- Проведение индивидуальных и групповых консультаций.

2. Работа с родителями:

Совместная организация и проведение семинаров, «круглых столов» (детипедагогические родители) Участие в родительских собраниях по профилактической тематике.

Словарь терминов (гlossарий) по предметному содержанию дисциплины

Абстинентный синдром, синдром отмены, «ломка» - резкое ухудшение самочувствия, вызванное прекращением приема ПАВ или уменьшением дозы приема, к которой организм настолько привык, что далее не может функционировать без наркотика.

Авторитарность родительская - социально психологическая характеристика личности родителя, отражающая ее стремление максимально подчинить своему влиянию ребенка, проявляющаяся во властности, склонности к использованию недемократических методов воздействия на ребенка.

Агрессия - поведение, связанное с нанесением физической или моральной травмы другому человеку или с угрозой таковой; разрушительное воздействие на группу.

Адаптивные возможности - возможности приспособления человека к обществу, различным условиям внешней среды и т.д.

«Активный» наркоман - термин, используемый для наркозависимых, постоянно, регулярно принимающих ПАВ.

Альтернатива - необходимость или допустимость выбора одного из двух или нескольких возможных (или взаимоисключающих) решений, представляемых вариантов действий и т.п.; один из возможных вариантов педагогического решения, сравниваемый с другим вариантом в целях выбора лучшего способа действий.

Асоциальная личность - личность, не могущая или не желающая выполнять нормы, принятые в обществе.

Атрибуты - наличие мотивов поведения, личных качеств и характеристик сопровождающие обыденную жизнь человека (действия и поступки), указывающих на принадлежность какой либо группе (общности) людей. Например, приверженность к употреблению ПАВ.

Аутодеструктивное поведение - саморазрушительное поведение.

•
Безнадзорный - несовершеннолетний ребенок, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц.

Беспризорность - социальное явление, заключающееся в отсутствии у детей и подростков семейного или государственного попечения, педагогического надзора и нормальных условий жизни.

Беспризорный - безнадзорный, не имеющий постоянного места жительства и (или) места пребывания.

Воспитание, правовое воспитание - целенаправленная деятельность по формированию общеобразовательных правил поведения (норм), узаконенных возможностей человека, санкционированных, регулируемых и охраняемых государством.

Демонстративный компонент - такие черты в характере человека как, стремление к лидерству, склонность к театральности, позы, жажда внимания.

Депрессия - состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, при этом человек субъективно испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания – подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены.

Деструктивный - разрушительный, нарушающий нормальную структуру чего-либо.

Детоксикация - комплекс медицинских мероприятий, лекарственная терапия по снятию физической зависимости от наркотика.

Детско-подростковый реабилитационный центр - медицинское учреждение, занимающееся комплексным лечением и реабилитацией несовершеннолетних наркозависимых. Работают врачи психиатры-наркологи, психологи, психотерапевты, социальные педагоги, социальные работники.

Деформация личности - изменение качеств и свойств личности (стереотипов восприятия, ценностных ориентаций, характера, способов общения и поведения) под влиянием тех или иных факторов, имеющих для нее жизненно важное значение.

Доза наркотика - количество наркотического вещества, рассчитанного на один прием одного человека.

Допинг - фармакологические и другие средства, способствующие быстрой и, как правило, кратковременной стимуляции физической и нервной активности организма.

Кайф - сленг, означает получение наркотического удовольствия.

Кокаин - наркотическое вещество, мелкий порошок белого цвета, в зависимости от разновидности может напоминать соду («чистый кокаин») или стиральный порошок («крек»). При попадании на язык вызывает его онемение. В отличие от других психостимуляторов, кокаин чаще всего вдыхают носом через трубочку. Самый дорогой из всех наркотиков.

Комиссия по делам несовершеннолетних - коллегиальный орган, которому отведена основная роль в работе по профилактике правонарушений. В комиссию входят представитель администрации, муниципалы, представители комитета по образованию.

Внутриличностный конфликт - столкновение в характере человека примерно равных по силе, но противоположно направленных мотивов, потребностей и влечений; разлад мыслей и чувств.

Межличностный - трудно разрешимое противоречие между людьми по значимым для них аспектам взаимодействия, нарушающее их нормальное взаимодействие.

Хронический - затянувшийся, не имеющий тенденции к разрешению.

Конформизм, конформность - стремление соответствовать мнению большинства. Обусловлен либо социальным воздействием (чувством принадлежности к группе или обществу, а также потребностью в одобрении окружающих) либо личностным влиянием (вызван неуверенностью человека и его желанием поступать «правильно»).

Конфиденциальность - этический принцип в соответствии с которым держится в тайне полученная специалистом информация, которая может быть разглашена только в особых случаях представителям власти.

•
Коррекция - исправление, частичное изменение, поправка.

Кризис - резкий крутой перелом, тяжелое переходное состояние. Состояние внутреннего конфликта, переживаемого человеком или группой людей в связи с возникновением сложной жизненной ситуации, когда привычные способы приспособления к среде оказываются неэффективными.

Наркодилер - распространитель, торговец ПАВ.

Наркологический диспансер - учреждение, оказывающее медицинскую помощь больным наркоманией и алкоголизмом.

Наркомания - это заболевание, характеризующееся злоупотреблением наркотическими веществами и болезненным пристрастием к ним. В результате этого образуется стойкая психическая и физическая зависимость от наркотика с развитием абстинентного синдрома при прекращении его приема.

-Заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества (ФЗ от 08.01.1998 №3).

Наркоман - человек, больной наркоманией.

больной наркоманией - лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания» (ФЗ от 08.01.1998 №3).

Наркотизм

-это негативное социальное явление международного плана, характеризующееся приобщением части населения страны к немедицинскому потреблению наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным международноправовым и внутригосударственным контролем, а также участием (прямым или косвенным) в организации и осуществлении их нелегального оборота как в национальных рамках, так и в межгосударственных масштабах (Прохорова М.Л. 2002). (338)

– это социальное явление, выражающееся в умышленном немедицинском потреблении наркотических средств и психотропных веществ и связанном с этим совершении преступлений, иных общественно опасных действий и правонарушений, а также представляющее собой незаконный оборот, производство, изготовление, переработку наркотических средств и психотропных веществ, а равно деятельность по вовлечению других лиц в немедицинское потребление таких средств и веществ и созданию благоприятных условий для поступления их в незаконный оборот (Панов С.Л.).

(338)

Наркотики, наркотические вещества - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года (ФЗ от 08.01.1998 №3);

К ним относятся:

Группа опиатов,препаратовопия, содержащих опиумные алкалоиды и их производные — героин, морфин, омнопон, кодеин, дионин, кодеин и другие. К этой же группе относятся и синтетические заменители с морфиноподобным действием — фентанил, промедол, феналон и др.

Препараты индийской или южноамериканской конопли, содержащие тетрагидраканнабиол —марихуана, гашиш, анаша, банг, план и другие

Препараты снотворного, успокаивающего действия, отнесенные к наркотикам — барбитураты, ноксирон, амитал натрия (барбамил)

Группа стимуляторов нервной системы — **амфитамины**(фенамин, первитин, риталин), сюда наркотическим веществам же относится **кокаин**, получаемый из южноамериканского кустарника коки

Галлюциногены (**психоделики**, психотомиметики). Группа насчитывает свыше 100 природных и синтетических препаратов. Наиболее известные — **псилоцибин**, получаемый изгрибов, и мескалин, производимый из определенного вида кактуса; из синтетических — диэтиламин лизер-

•
гиновой кислоты (LSD), дипропилтриптами́н (DPT) и 3, 4 метиленди-оксимемфетамин (MDMA, **экстази**).

Настроение - общее эмоциональное состояние, окрашивающее в течение более или менее длительного времени все переживания человека.

Неадекватный - не соответствующий по чему-либо (по степени выраженности, по причине, по содержанию и т.д.)

Незаконный оборот наркотиков (наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров) - оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства Российской Федерации (ФЗ от 08.01.1998 №3).

Нервозность - психическое состояние, характеризующееся эмоциональной неустойчивостью, тревожностью.

Никотиновая зависимость - зависимость от табака.

Отвержение, эмоциональное отвержение (в воспитании) - ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношении с ним большую дистанцию. Воспитание по типу «Золушки».

Пассивность - свойство личности, противоположное активности и имеющее такие проявления, как бездеятельность, безразличие, безучастность, безынициативность, безволие, несамостоятельность.

Патологическая лживость - форма поведения, заключающаяся в намеренном искажении действительности ради достижения желаемой цели или стремлении избежать нежелательных действий, выраженная в болезненном, уродливом виде.

Передозировка - состояние, наступающее в связи с принятием большой дозы ПАВ, признаками являются: потеря сознания, резкая бледность, неглубокое и редкое дыхание, плохо прощупывающийся пульс, отсутствие реакции на внешние раздражители, рвота.

Подавление - жесткое навязывание идей, форм поведения, игнорирование личностных особенностей, возрастных особенностей, нужд человека и, как следствие, нарушение процесса адаптации.

Подавленность, эмоциональная подавленность - психическое состояние, характеризующееся приглушенностью эмоций, мрачностью.

Подростковый возраст, подросток - этап от 10-11 до 15 лет, соответствующий началу перехода от детства к юности. Относится к числу критических периодов возрастного развития, связанных с кардинальными изменениями в сфере сознания, деятельности и системе взаимоотношений индивида. Характеризуется бурным ростом, формированием организма в процессе полового созревания, что сказывается на психофизических особенностях подростка.

Потребности - состояние нужды живого организма в том, что необходимо для его нормального существования и развития. В зависимости от уровня физического, психологического, личностного развития человека потребности могут быть самые разные.

Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ (далее - прекурсоры) - вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (ФЗ от 08.01.1998 №3);

Привязанность (негативная, позитивная) - эмоциональная (негативная или позитивная) связь между людьми, находящимися между собой в тесном и устойчивом контакте.

Принятие, эмоциональное принятие (в воспитании) - родители приближают ребенка к себе, относятся к нему без какого-либо осуждения.

Противоправные поступки - поступки, действия человека, не соответствующие установленным в обществе правовым нормам.

Профилактические мероприятия - мероприятия, совокупность мер, разработанных для того, чтобы предотвратить возникновение и развитие каких-либо отклонений.

•
Профилактика злоупотребления наркотиками - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению наркотических и других психоактивных веществ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления наркотическими веществами (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем и т.д.).

Первичная профилактика — комплекс социальных, образовательных и медикопсихологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению психоактивных веществ, вызывающих болезненную (наркотическую) зависимость.

Вторичная профилактика — комплекс социальных, образовательных и медикопсихологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих наркотики, но не обнаруживающих признаков болезни.

Третичная профилактика или реабилитация — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Психическая или эмоциональная зависимость - это форма отношения между наркотиком и личностью, зависящая как от специфичности эффекта наркотика, так и от потребностей личности, которые этот наркотик удовлетворяет (Например, появляются дополнительные силы не спать и полный «уход» от действительности).

Психоактивные вещества (ПАВ) - химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся наркотики, транквилизаторы, алкоголь, никотин и др.

Психотропные вещества - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года (ФЗ от 08.01.1998 №3);

Псилоцибиновые грибы-галлюциногены - галлюциногены (психоделики, психотомиметики). Группа насчитывает свыше 100 природных и синтетических препаратов. Наиболее известные — псилоцибин, получаемый из определенного вида грибов.

Вопросы для самопроверки

- ?
1. Какова специфика профилактической работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста?
 2. Какова специфика профилактической работы с детьми подросткового возраста?
 3. В чем суть стратегии первичной профилактики в РФ?

-

4. С какой целью необходимо привлекать к профилактической работе семью? Содержание работы?
5. Через какие формы работы образовательное учреждение может осуществлять профилактику наркозависимости?

•

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала, работы студентов в микрогруппах. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть, как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

ТЕМА 1.

Тема 1. История распространения психоактивных веществ в процессе развитие общества

1. Использование препаратов канабиса (конопли) в Древнем Китае.
2. Массовое распространение ПАВ в Европе.
3. Основные этапы распространения ПАВ средств в России.

Тема 2. Виды ПАВ и их действие на организм

•
1. Нарушения, возникающие при гашишном опьянении: познавательной деятельности, двигательных функций, способности правильно оценивать временные интервалы. Передозировка гашиша. Первая помощь при отравлениях гашишем.

2. Механизм действия морфина. Проведение наркологической экспертизы. Первая помощь при отравлении опиатами.

3. Механизм действия транквилизаторов. Вегетативная симптоматика. Первая помощь при отравлении транквилизаторами.

4. Ингаляционные психоактивные вещества и средства бытовой химии. Признаки отравления. Первая помощь. Неотложная помощь.

Тема 3. Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками

1. Основные причины употребления психоактивных веществ в младшем школьном возрасте.

2. Основные причины употребления психоактивных веществ подростками.

3. Основные причины употребления психоактивных веществ в старшем школьном возрасте.

4. Причины быстрой социальной деградации личности при употреблении наркотических веществ.

Тема 4. Мотивация употребления ПАВ

1. Диагностика мотивации употребления психоактивных веществ.

2. Основные типы мотивации употребления психоактивных веществ.

3. Позитивная мотивация, включающая гедонистические мотивы.

4. Негативная мотивация (атактические мотивы и мотивы гиперактивации поведения).

5. Адаптивная мотивация (субмиссивные мотивы и мотивы псевдокультурного типа).

Тема 5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

1. Социальные последствия: нарушения межличностных отношений, делинквентное поведение, изолированность, физическое насилие, арест, агрессивное поведение и др.

2. Медицинские последствия: привыкание (физическая зависимость), депрессия, психозы, заражение крови, врожденные дефекты организма, бактериальный эндокардит, патология органов дыхания, токсический гепатит др.

3. Психологические последствия, приводящие к распаду личности, ее раздвоению, потере смысла жизни: привыкание (психологическая зависимость), апатия, потеря прежних увлечений, снижение мотивации учения, неадекватная самооценка, истощаемость психических процессов и др.

Тема 6. Основы построения программ профилактики злоупотребления наркотическими веществами

1. Основные типы профилактических программ: универсальные, выборочная, программа по показаниям.

2. Основные принципы построения профилактических программ.

3. Правила реализации профилактических программ.

4. Организация волонтерского движения в рамках антинаркотической профилактической работы

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа — одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к семинарским занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т. д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Студентам рекомендуется получить в научной библиотеке университета учебную литературу по дисциплине, необходимую для эффективной работы на всех видах аудиторных занятий, а также для самостоятельной работы по изучению дисциплины.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?

При организации самостоятельной работы студенты особое внимание должно уделяться анализу учебно-методической литературы по дисциплине.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

1. Подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования).

2. Основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы).

3. Заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Темы самостоятельной работы представлены в таблице 1. *Таблица 1*

№ п/п	Наименование темы	Форма (вид) самостоятельной работы
1	2	3
1	История распространения психоактивных веществ (ПАВ) в процессе развития общества	Подготовка к практическому занятию. Написание эссе «Здоровый образ жизни – это модно!»
2	Виды ПАВ и их действие на организм	Подготовка к практическому занятию. Письменная работа: составить таблицу «Основные виды наркотических веществ»
3	Концептуальные модели злоупотребления психоактивных веществ	Письменная работа «Анализ концептуальных моделей злоупотребления психоактивных веществ».
4	Факторы риска наркотизации и защитные факторы	Подготовка к практическому занятию.
5	Причины употребления психоактивных веществ детьми и подростками	Подготовка к практическому занятию. Ознакомление с методами диагностики склонности к отклоняющемуся поведению.
6	Мотивация употребления ПАВ	Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

7	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	Подготовка к практическому занятию. Письменная работа: составить таблицу «Признаки употребления психоактивных веществ»
8	Основы построения программ профилактики зависимости от ПАВ	Выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Анализ современных профилактических программ по предупреждению отклонения в поведении школьников.

1 блок. Изучение осведомленности обучающихся психоактивных веществах

1.1 Анкета «Что ты знаешь о табакокурении»*Инструкция:* проверь свои знания. **1. Когда, кем и откуда был впервые завезён табак в Европу?**

1. В XVI веке испанцами из Америки.
2. В XVII веке китайцами. 3. В XVIII веке англичанами из Индии.

2. Существуют ли сигареты, которые не приносят вреда?

1. Сигареты с фильтром.
2. Сигареты с низким содержанием никотина. 3. Нет.

3. Сколько веществ содержится в табачном дыме?

1. 20-30.
2. 200-300. 3. Свыше 3000.

4. Сколько процентов вредных веществ способен задержать сигаретный фильтр?

1. Неболее 20%.
2. 40%.
3. 100%.

5. Как курение влияет на работу сердца?

1. Замедляет его работу.
2. Заставляет учащённо биться. 3. Не влияет на его работу.

6. Какие заболевания считаются наиболее связанными с курением?

1. Аллергия.
2. Рак лёгкого. 3. Гастрит.

7. Что происходит с физическими возможностями человека, который курит?

1. Они повышаются.
2. Они понижаются. 3. Не изменяются.

8. Сколько микрочастиц сажи содержится в 1 куб. см табачного дыма?

1. До 3 миллионов.
2. До 10 000. 3. До 1000.

9. Зависит ли возможность бросить курить от стажа курения?

1. Стаж не имеет значения.
2. Чем дольше куришь, тем сложнее бросить. 3. Чем больше куришь, тем легче бросить курить.

10. Верно ли, что в большинстве стран модно курить?

1. Курить никогда не было модно.
2. Курить модно. 3. Мода на курение прошла.

•

11. Что такое пассивное курение?

1. Нахождение в помещении, где курят.
2. Когда куришь за компанию. 3. Когда активно не затягиваешься сигаретой.

12. Что вреднее?

1. Дым от сигареты.
2. Дым от газовой горелки. 3. Выхлопные газы.

13. Какие профессии менее доступны для курящих?

1. Спортсмен-профессионал.
2. Токарь.
3. Врач.

14. При каком царе табак появился в России?

1. При Иване Грозном.
2. При Петре I. 3. При Екатерине II.

15. Какой русский царь ввёл запрет на курение?

1. Алексей Михайлович.
2. Петр I 3. Екатерина II.

16. Каково основное действие угарного газа?

1. Образует карбоксигемоглобин.
2. Вызывает кашель. 3. Влияет на работу печени.

17. На сколько лет рискуют раньше умереть женщины, мужья которых курят?

1. На 4 года. 2. На 10 лет. 3. На 15 лет.

18. Как много взрослых мужчин в нашей стране курят?

1. 10%.
2. 30%. 3. Около 50%.

19. Много ли мужчин осуждает курение женщин?

1. 10-20%.
2. 40-60%.
3. Более80%.

20. Если человек начал курить в 15 лет, на сколько в среднем уменьшается продолжительность его жизни?

1. На 1-2 года.
2. На 5-6 лет. 3. На 8 лет и более.

21. Из тысячи подростков, начавших курить, как много умрут от болезней, связанных с курением?

1. Не менее 100 человек.
2. Менее 200 человек. 3. Около 250 человек.

22. Каков процент желающих бросить курить?

1. 25%. 2. 65%.
3. 85%.
4. 100%.

23. У кого наибольшая зависимость от табака?

1. У тех, кто начал курить до 20 лет.
2. У тех, кто начал курить после 20 лет.
3. Табачная зависимость не связана с возрастом, в котором человек начал курить.

Правильные ответы: 1.1, 2.3, 3.3, 4.1, 5.2, 6.2, 7.2, 8.1, 9.2, 10.3, 11.1, 12.1, 13.1, 14.1, 15.1, 16.1, 17.1, 18.3, 19.3, 20.3, 21.3, 22.3, 23.1

1.2 Анкета «Что мы знаем о курении?» *Инструкция:* ответьте на вопросы анкеты.

1. Некурящие вынуждены страдать от заболеваний дыхательной системы в результате пассивного курения. (да нет)
2. Курение помогает расслабиться, когда человек нервничает. (да нет)
3. В легких человека, выкуривающего каждый день в течение года по пачке сигарет, оседает 1 литр табачной смолы. (да нет)
4. Физические упражнения нейтрализуют вред, наносимый курением. (да нет)
5. Одной сигареты достаточно, чтобы участился пульс, повысилось кровеносное давление, нарушились нормальное кровообращение и циркуляция воздуха в легких. (да нет)
6. Большинство курящих получают удовольствие и не собираются бросать курить. (да нет)

1.3 Тест «Мои знания о курении»

Инструкция: при ответе на вопрос напишите сбоку "верно" или "неверно".

1. Подростки курят, чтобы "быть как все".
2. Некурящие вынуждены страдать от заболеваний дыхательной системы в результате пассивного курения.
3. Курение помогает расслабиться, когда человек нервничает
4. В легких человека, выкуривающего каждый день в течение года по пачке сигарет, оседает 1 литр табачной смолы.
5. Физические упражнения нейтрализуют вред, наносимый курением.
6. Одной сигареты вполне достаточно, чтобы участился пульс, повысилось кровяное давление, нарушились нормальное кровоснабжение и циркуляция воздуха в легких.
7. Большинство курящих получают от курения удовольствие и не собираются бросать.
8. Табакокурение является одной из основных причин заболеваний сердца.
9. Большинство подростков в состоянии бросить курить в любое время.
10. Нет ничего страшного в том, что подростки "балуются" сигаретами, если они оставят это занятие до того, как курение превратится в привычку. **Ответы:**

1. Верно
2. Верно
3. Неверно
4. Верно
5. Неверно
6. Неверно
7. Неверно
8. Верно
9. Неверно
10. Неверно

1.4 Тест «Незаконченное предложение» *Инструкция:* продолжите фразу.

1. Курение - это...
2. Сигарета в руке - это показатель...
3. Не курить - это значит не...
4. Курение в нашей семье - это...
5. В моей семье курит лишь - ...

1.5 Анкета «Вредно ли курить?»

Инструкция: прочтите, пожалуйста, эти утверждения и найдите нужный вариант ответа.

Сколько веществ содержится в табачном дыме?	1. 20-30
	2. 200-300
	3. Свыше 3000

Сколько процентов вредных веществ способен задержать сигаретный фильтр?	1. Не <u>более</u> 20% 2. 40% 3. 100%
Сколько микрочастиц сажи содержится в 1 куб.см. табачного дыма?	1. До 3 миллионов 2. До 10000 3. До 1000
Верно ли, что в большинстве стран модно <u>курить</u> ?	1. Курить никогда не было модно. 2. Курить модно. 3. Мода на курение прошла.
Что вреднее?	1. Дым от сигареты. 2. Дым от газовой горелки. 3. Выхлопные газы.
На сколько <u>лет</u> раньше рискуют умереть женщины, мужа которых курят?	1. На 4 года 2. На <u>10 лет</u> 3. На 15 лет
Много ли мужчин осуждает курение женщин?	1. 10-20% 2. 40-60% 3. Более 80%
Из 1000 подростков, начавших <u>курить</u> , как много умрут от болезней, связанных с курением?	1. Не менее 100 человек. 2. Менее 200 человек. 3. Около 250 человек.
У кого наибольшая зависимость от табака?	1. У тех, кто начал <u>курить</u> до 20 лет. 2. У тех, кто начал курить после 20 лет. 3. Табачная зависимость не связана с возрастом, в котором человек начал курить.

Правильные ответы: 1.3, 2.1, 3.1, 4.3, 5.1, 6.1, 7.3, 8.3, 9.1.

1.6 Анкета «Отношение к алкоголю»

Инструкция: прочтите эти утверждения и укажите, согласны вы с ними или нет.

1. Здоровый человек может выпить три кружки пива за один час без последующей потери самоконтроля или замедления реакции.

2. Употребление алкоголя в смеси с определенными наркотиками может привести к смертельному исходу.

3. Крепкие напитки (виски, ром, джин, водка и т.д.) являются более вредными для организма, чем другие алкогольные напитки (вино, пиво и т.д.).

4. Алкоголь - это яд.

5. Половина дорожных происшествий является результатом вождения в нетрезвом виде.

6. Алкоголь препятствует быстрой реакции.

7. Алкоголь отравляет печень и может вызвать омертвление тканей (после чего они не восстанавливаются).

8. Беременные женщины не должны пить, поскольку исследования показали, что алкоголь способен повредить еще не родившемуся ребенку и иногда может вызвать у него умственную отсталость.

9. Большинство алкоголиков - деградировавшие люди с низким уровнем образования.

10. Алкоголь искажает ощущения и иногда приводит к тому, что выпившему человеку становится жарко при опасно холодной погоде.

11. Подросток может стать алкоголиком от пива.

12. Многие алкоголики начинают пить до 20-летнего возраста.

А теперь оцените свой результат:

Да – 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12. Нет – 1, 3, 9, 10.

1.7 Анкета по проблеме наркомании для образовательных учреждений Инструкция: выберите правильный ответ или несколько и пометьте галочкой. Ваш возраст _____ Пол _____

1. Что Вам известно о наркотиках?

- а) личный опыт
- б) опыт друзей, знакомых
- в) информация в СМИ

2. Есть ли у Вас друзья или знакомые, пробовавшие или употребляющие наркотические и токсические вещества?

- а) да
- б) нет

3. Предлагали ли Вам друзья или знакомые попробовать наркотические или токсические вещества?

- а) да
- б) нет

4. Пробовали ли Вы сами наркотические или токсические вещества? а) да

- б) нет

5. Если пробовали, то какие? _____

6. Что на Ваш взгляд толкает людей на потребление наркотиков? а) одиночество

- б) любопытство
- в) влияние окружающих

7. О каких видах наркотиков, распространяемых на территории Липецкой области Вам известно? _____

8. Наркомания – это:

- а) преступление
- б) вредная привычка
- в) болезнь

9. Специалисты утверждают, что наркомания неизлечима. Ваша точка зрения? а) да, это диагноз на всю жизнь

- б) да, практически неизлечима
- в) нет, шанс есть всегда
- г) нет, излечение зависит от человека

10. Какая зависимость труднее всего поддается лечению?

- а) психическая
- б) физическая

11. Российским законодательством в уголовном порядке наказываются:

- а) употребление наркотиков
- б) изготовление наркотиков
- в) хищение или вымогательство наркотических веществ

12. Считаете ли Вы, что употребление наркотиков каннабисной группы (марихуана) вызывает привыкание, зависимость?

- а) да
- б) нет
- в) не знаю
- г) нет ответа

13) Какое чувство вызывают у Вас наркоманы? а) сострадание

- б) нетерпимость
- в) толерантность

14. Что, на Ваш взгляд, может изменить ситуацию с незаконным потреблением наркотиков?

- а) изменение законодательства в сторону ужесточения ответственности за сбыт и распространение наркотиков
- б) введение обязательного принудительного лечения от наркомании
- в) усиление антинаркотической пропаганды среди молодежи
- г) увеличение числа досуговых учреждений (доступность кружков, секций)

15. Следует ли вводить, на Ваш взгляд, обязательное анонимное тестирование несовершеннолетних и молодежи на предмет раннего выявления наркоманов? а) да

б) нет

в) затрудняюсь ответить **16. Какие формы профилактики наркомании Вы считаете наиболее интересными?**

Укажите их. _____

1.8 Анкета «Наркотики и подросток» Инструкция: ответьте на вопросы анкеты.

1. Много ли у тебя свободного времени?

-да;

-нет.

2. Как ты учишься?

-отлично; - хорошо;

-удовлетворительно;

-плохо.

3. Чем занимаешься в свободное время?

-читаю;

-занимаюсь в спортивной секции;

-занимаюсь в кружке, изостудии;

-смотрю телевизор;

-слушаю музыку;

-собираемся со сверстниками во дворе, подъезде, подвале; - что-то другое (указать что).

4. Знаешь ли ты, что такое наркомания?

-да;

-нет;

-затрудняюсь ответить.

5. Предлагали ли тебе когда-нибудь наркотик?

-да;

-нет.

6. Если предлагали, то кто?

-друг;

-одноклассник;

-родственник;

-незнакомый человек;

-знакомый, сам употребляющий наркотики.

7. Пробовал ли ты наркотическое вещество?

-да;

-нет.

8. Знаешь ли ты о пагубном действии наркотиков на здоровье человека?

-да;

-знаю, но со мной этого не случится;

-знаю, но я всегда смогу бросить принимать;

-наркотики; - нет.

9. Как ты думаешь, чем можно предотвратить употребление наркотиков?

-достоверной информацией о наркотиках и последствиях их употребления;

-осознанием губительности пути употребления наркотиков;

-запретами со стороны родителей и взрослых;

•
-ужесточением законов; - другое (что именно);

-затрудняюсь ответить.

10. Кому ты доверяешь, к чьим словам прислушиваешься в вопросах о наркомании?

-друзьям;

-людям, испытавшим на себе действие наркотиков;

-знакомым;

-работникам правоохранительных органов;

-родителям, родственникам;

-одноклассникам;

-врачам-наркологам;

-учителям;

-средствам массовой информации;

-другое (укажи).

11. Как на тебя действует информация о наркотиках, которую ты получаешь из бесед в школе, телепередач, публикаций в газетах?

-вызывает негативное отношение к употреблению наркотиков;

-вызывает желание попробовать;

-не влияет на мое отношение к наркотикам; - затрудняюсь ответить.

12. Нужна ли тебе информация о наркотиках, наркомании и последствиях?

-да;

-нет.

13. Где бы ты хотел получить эту информацию?

-в школе;

-от родителей;

-из телепередач;

-из специальной литературы;

14. Что бы ты предпринял, если бы узнал, что твой друг употребляет наркотики?

-сообщил бы родителям;

-посоветовал бы обратиться в наркологический диспансер;

-сообщил бы классному руководителю;

-поговорил бы с другом и предложил свою помощь; - ничего бы не сделал, это его личное дело;

-другое (укажи).

1.9 Методика выявления степени информированности о вредных привычках учащихся 6 – 11 классов

Данная методика предназначена для выявления отношения к вредным привычкам учащихся 6 – 11 классов.

Она состоит из 3 – х частей:

1 часть с вопросами № 1, № 2, №3 основана на методике «Незаконченные предложения», предполагающей свободный ответ на предложенный вопрос.

2 часть с вопросами №4, №5, №6, № 7, №8 основана на вопросах и вариантах ответа на них. Каждый вариант ответа имеет свою модальность (А – положительную, Б – нейтральную, В – негативную).

3 часть с вопросами № 9 и № 10 основана на вопросах и вариантах ответа на них. Выявляется степень информированности респондента о вредных привычках и мнение об источниках их появления.

Анкета 1 часть. Продолжите, пожалуйста, предложения: 1. По моему мнению, вредные привычки это:

мыми пагубными вредными привычками я считаю:

3. Последствиями вредных привычек я считаю:

2 часть. Ответьте на предложенные Вам вопросы, выбрав один из вариантов ответа.

4. Ваше отношение к вредным привычкам?

А – положительное

Б – нейтральное

В - негативное

5. Какой способ борьбы с вредными привычками Вы выберете?

А – ничего не будете делать

Б – оставите на сегодняшнем уровне

В - Ужесточите наказание

6. Если среди Ваших друзей окажется человек, который употребляет наркотики то вы?

А – продолжите с ним общаться

Б – измените к нему отношение

В – перестанете с ним общаться

7. Если Ваш (а) друг (подруга) решит попробовать наркотики то вы?

А – Поддержите

Б – Оставьте выбор за ним (ней)

В – Попытайтесь отговорить

8. Если Ваш (а) друг (подруга) решит попробовать алкоголь или табачные изделия то вы?

А – Поддержите

Б – Оставьте выбор за ним (ней)

В – Попытайтесь отговорить

3 часть. Ответьте на предложенные Вам вопросы, выбрав один из вариантов ответа.

9. Что, по вашему мнению, является источником появления вредных привычек?

А – Семья

Б – Улица

В – Средства массовой информации Г – Ближайшее окружение человека

Свой ответ - _____

10. Оцените Вашу степень информированности о видах и способах употребления алкоголя, табачных изделий и наркотических средств от 1 до 10: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.10 Анкета «Вредные привычки. Как им противостоять?» Инструкция: ответьте на вопросы анкеты.

Ваш пол _____ Возраст _____ 1.

Считаете ли вы серьезной проблему получения школьниками, студентами, молодежью информации о влиянии различных вредных привычек на организм (свой и окружающих)?

2. Как вы считаете, обладаете ли вы достаточной информацией о реальном действии на организм наркотических средств, табака, алкоголя и мерах профилактики, борьбы и лечения? Источник поступления сведений:

А) школьное и студенческое образование

-
- Б) пресса и телевидение
- В) общение со сверстниками или укажите другой источник
- 3. Что вы считаете вредными привычками? (перечислить)
- 5. Какая (какие) из вредных привычек, на ваш взгляд, является наиболее вредной и почему? (обосновать ответ)
- 6. Назовите наиболее распространенную вредную привычку среди ваших знакомых и назовите причины, на ваш взгляд, являющиеся основой возникновения этой привычки.
- 7. Как вы относитесь к наличию вредных привычек у своих близких и друзей?
- 8. Влияет ли на продолжение дружеских отношений факт приема наркотиков вашим другом (подругой)?
- 9. Какие причины, на ваш взгляд, могут служить оправданием постоянного приема алкоголя или наркотиков?
- 10. Есть ли для вас разница, какой именно вид наркотических препаратов принимает человек?
- 11. Одинаково ли ваше отношение к наличию вредных привычек у мужчин и женщин?
- 12. Возможно ли, на ваш взгляд, избавиться от вредных привычек самостоятельно?
- 13. Как вы считаете, нужны ли социальные меры борьбы с вредными привычками, и какие меры, на ваш взгляд, являются наиболее действенными?
- 14. Имеете ли вы вредные привычки? Если да, то: А) какие?
Б) в каком возрасте приобретены?
В) при каких обстоятельствах?
- 15. Испытываете ли вы комфорт или дискомфорт от наличия у вас вредной привычки? Если да, то, что именно вам нравится (не нравится)?
- 16. Хотите ли вы избавиться от своих вредных привычек? Если да, то что вы пытались предпринять или планируете предпринять в связи с этим?
- 17. Имеете ли вы личный опыт избавления от вредной привычки? Если да, то, каким способом вам удалось достичь успеха?
- 18. Ваше отношение к рекламе табака и спиртных напитков в средствах массовой информации?
- 19. Ваше отношение к наличию у 45% современных школьников России вредных привычек?
- 20. Если бы вы узнали, что ваш ребенок курит, принимает алкоголь, наркотики, то: А) какова была бы ваша реакция на это?
Б) какие действия вы бы предприняли (или не предприняли) бы в связи с этим фактом?
- 21. Как совмещаются занятия спортом с наличием вредной привычки?
- 22. Каково ваше отношение к употреблению допингов в различных видах спорта?
- 23. Какое действие на организм оказывает курение?
- 24. Какое действие на организм оказывает постоянный прием спиртных напитков?

•
25. Какое действие на организм оказывает прием наркотических препаратов? 26. Каково побочное действие приема допингов спортсменами?

27. Каковы, на ваш взгляд, последствия глобальной наркотизации России на современном этапе?

28. Назовите факторы, способствующие, на ваш взгляд, увеличению числа курящих, пьющих, принимающих наркотики детей в России?

29. В каких странах проблема наркомании стоит столь же остро, как в России и каковы, на ваш взгляд, причины этого явления?

30. Ваши предложения по мерам борьбы с распространением наркомании в России. 31. Ваши предложения по мерам борьбы с распространением курения и алкоголя в России.

1.11 Анкета «Что ты знаешь о наркотиках» Проверь себя.

1. Наиболее распространенный наркотик в России

- анаша;
- алкоголь; опий.

2. Какая возрастная группа наиболее подвержена наркотической зависимости?

- 10-17;
- 18-25;
- 26-35;
- 36-60; 61 и старше.

Большинство наркоманов впервые употребили наркотик

- под «давлением»;
- за компанию; случайно.

3. Какое из перечисленных веществ приносит огромный вред здоровью большинству населения России:

- сигареты;
- опий; кокаин. кофеин.

4. Какое из перечисленных веществ представляет наибольшую опасность?

- анаша;
- никотин; ингалянты (средства бытовой химии).

5. Что лучше помогает отрезветь пьяному?

- кофе;
- холодная вода;
- время; прогулка.

6. Как долго остается анаша в организме после курения?

- один день;
- 12 часов;
- до 1 месяца; один час.

7. Что делает анашу особенно опасной сегодня?

- она широко распространена;
- она может влиять на физическое и умственное развитие;
- дети младшего возраста употребляют ее; все вместе.

Ответы:

•

1. Алкоголь. Осторожно – это опасно! Вы можете найти его в киосках, в магазинах, ресторанах, почти в каждом доме. Его даже рекламируют по телевизору. Многие люди, включая подростков, употребляют его, не задумываясь обудущем.

2. 18-25 лет.

3. За компанию. Большинство людей пробуют наркотик впервые в компании друзей.

	<i>Утверждение-вопрос</i>		<i>Н</i>
--	---------------------------	--	----------

4. Сигареты. Миллионы людей курят. Ежегодно тысячи людей умирают из-за привычки курить. Курение приводит к сердечным заболеваниям, заболеваниям легких, раку. Это делает табак самым опасным наркотиком.

5. Ингалянты (средства бытовой химии). Их употребление очень быстро приводит к умственному недоразвитию, тем более, что наркотик часто употребляют дети.

6. Время. Холодная вода, кофе, физическая нагрузка не помогут быстрому отрезвлению. Требуется много времени, чтобы организм освободился от алкоголя.

7. До одного месяца. Тетра-гидроканнабиол (наркотическое вещество, содержащееся в конопле) накапливается в жировых клетках организма и обезвреживается очень долго. 8. Все вместе. Этот наркотик очень распространен среди молодежи. Его употребление задерживает физическое и умственное развитие, нарушает память, внимание, способность приобретать знания, что затрудняет, а порой делает невозможным дальнейшее обучение. Анаша часто является «воротами» для других наркотиков. Она, конечно, не «заставляет» людей применять другие наркотики, но наступает время, когда она не дает прежних ощущений, тем самым, вынуждая принять более сильный наркотик.

1.12 Анкета для проверки знаний по проблеме наркомании*Инструкция:* постарайтесь ответить на следующие вопросы. Ответ помечайте крестиком под одним из утверждений.

		<i>ерно</i>	<i>еверно</i>
	Легкие наркотики безвредны.		
	Наркомания - это преступление.		
	Наркотики повышают творческий потенциал.		
	Наркомания - это болезнь.		
	У многих молодых людей возникают проблемы с законом из-за наркотиков.		
	Прекратить употреблять наркотики можно в любой момент.		
	Наркомания излечима.		
	Многие подростки начинают употребление наркотиков «за компанию».		
	Люди, употребляющие наркотики, очень часто не осознают, что зависят от них.		
0	Наркоман может умереть от СПИДа.		
1	Зависимость от наркотиков формируется только после их многократного употребления.		
2	По внешнему виду человека можно определить, употребляет он наркотики или нет.		
3	Наркоман может умереть от передозировки.		
4	Продажа наркотиков не преследуется законом.		
5	Наркомания неизлечима.		

1.13 Тест «ПАВ»

Инструкция: прочтите данные утверждения и укажите, согласны вы с ними или нет.

1. Большинство ПАВ не представляет собой серьезной угрозы здоровью, если принимаются в умеренных количествах.
2. Люди, употребляющие ПАВ, склонны совершать жестокие, криминальные преступления, о которых впоследствии не помнят.
3. ПАВ вызывают у человека потерю интереса к той деятельности, которая раньше была интересна.
4. В каждом психоактивном веществе содержатся яды.
5. Даже однократное применение ПАВ может вызвать смерть.
6. Каждый раз, когда человек находится в состоянии наркотического опьянения, происходит разрушение клеток мозга, которые затем не восстанавливаются.
7. После употребления ПАВ, принявший их, человек нуждается в еще большем их количестве для получения так называемого «удовлетворения».

Обработка результата:

ДА - 2, 3, 4, 5, 6, 7.

НЕТ - 1.

1.14 Анкета «Отношение к наркомании»

Инструкция: постарайтесь ответить на следующие вопросы, выбрав один из вариантов ответов.

1. Считаешь ли ты, что наркомания - угроза для будущих поколений?

- А). Да, употребление наркотиков ни к чему хорошему не приведет.
- Б). Нет, наркомания - это ерунда, страшного и опасного в этом ничего нет.
- В). Не знаю.

2. Как, по твоему мнению, становятся наркоманами? А). Под влиянием друзей.

- Б). Наркоманами становятся те, кому нечем заняться.
- В). Те, кто думает, что, став наркоманами, можно выделиться из массы своих сверстников.
- Г). Употребление наркотиков помогает уйти от неразрешимых проблем.
- Д). Все начинается с курения и слабой воли.

3. Кто виноват, что люди начинают принимать наркотики? А). Наркоторговцы.

- Б). Средства массовой информации.
- В). Родители.
- Г). Виноват тот, кто сам начинает их принимать.
- Д). Друзья.
- Е). Школа.

4. Пробовал ли ты сам наркотики?

Если да, то это было добровольно или по принуждению?

5. Если бы твой друг стал наркоманом, ты бы к нему относился по-прежнему? А).

Помог бы бросить эту траву.

- Б). К сожалению, у меня уже есть такие друзья.
- В). Перестал бы считать другом тех, кто начал принимать наркотики.

6. Что бы ты предложил(а) для борьбы с наркоманией?

- А). Расширять различные движения по борьбе с наркоманией.
- Б). Применять жесткие меры к распространителям наркотиков.
- В). Наполнить досуг чем-то интересным.
- Г). Пополнять свои знания об этом страшном зле путем чтения художественной и познавательной литературы
- Д). Родителям внимательно следить за поведением и общением детей.
- Е). Изобрести специальные лекарства для тех, кто стал наркоманом. Ж). Перестать быть равнодушным к чужой беде.

2 блок. Выявление обучающихся, склонных к употреблению ПАВ

2.1 Опросник «Склонность к аддиктивному поведению»

1. Продолжи, пожалуйста, предложение. «Мои годы — это лучшее время для того, чтобы...» (Не более 3 выборов).

- 1) развлекаться и приятно проводить время;
- 2) учиться, получать образование;
- 3) найти хороших и верных друзей;
- 4) испытать острые ощущения; 5) заработать «большие» деньги;
- 6) найти хорошую работу;
- 7) сохранить свое здоровье;
- 8) жить с комфортом;
- 9) достигнуть самостоятельности, свободы от родителей; заниматься спортом, физическим развитием;
- 10) что еще?

2. Представить жизнь без проблем очень сложно. Ты наверняка тоже сталкиваешься с ними. Назови 5 наиболее серьезных для тебя проблем.

- 1) дискотеки, молодежные клубы;
- 2) внешняя непривлекательность;
- 3) продолжение образования после школы;
- 4) призыв вармию;
- 5) отсутствие молодежных организаций;

•

- 6) взаимоотношения с учителями;
- 7) национальные отношения, предрассудки;
- 8) одиночество;
- 9) проблемы со здоровьем;
- 10) преступность;
- 11) нехватка денег на карманные расходы, развлечения;
- 12) сексуальные проблемы;
- 13) наркотики;
- 14) непонимание со стороны близких;
- 15) отсутствие возможности устроиться на работу;
- 16) дороговизна жизни, невозможность купить необходимые вещи;
- 17) отсутствие любимого человека или плохие отношения с ним;

18) отношения с родителями;

19) криминальные группировки, бригады; 20) задержка выплаты зарплаты у родителей;

21) какие еще?

3. У каждого человека есть своя цель в жизни. Чего хочешь достичь ты?

(Не более 3-х выборов.) 1) Иметь материальный достаток.

- 2) Сделать профессиональную карьеру.
- 3) Развернуть свой бизнес.
- 4) Иметь свой бизнес.
- 5) Создать семью.
- 6) Выиграть много денег.
- 7) Воспитать детей и обеспечить их будущее.
- 8) Иметь домашний уют.
- 9) Реализовать свои таланты и способности.
- 10) Пока не знаю. 11) Чего еще?

2.2. Анкета «Отношение к спиртным напиткам» *Инструкция:* ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы.

Система оценки: Баллы суммируются алгебраически, т.е. с учетом знака.

1. При суммарной величине +2 и выше можно говорить о наличии психологической склонности к употреблению спиртных напитков.
2. Очень высокие показатели +6 и выше свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о стремлении демонстрировать свою склонность к выпивкам.
3. Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонностью к алкоголизации.
4. Величина, равная 0 или +1 является неопределенным результатом.

.3 Ан- кета «Вы- явле- ние отно- но- ше- ния под- ро- стка к алко- го- лю» Ин- стру- кция : по- ста- рай- тесь отве- вить на	2	Вопросы
		Мое желание выпить зависит от настроения.
		Я избегаю пить спиртное, чтобы не стать излишне болтливым.
		Периодами я выпиваю охотно, периодами меня к спиртному не тянет.
		Люблю выпить в веселой компании.
		Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение.
		Спиртное не вызывает у меня веселого настроения.
		К спиртному я испытываю отвращение.
		Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги.
		Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной <u>головной боли</u> впослед-
	0.	Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам.
	1.	Употребление спиртных напитков в большом количестве меня пугает.
	2.	Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир.
3.	Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушить компанию.	
	Итого:	

следующие вопросы.

1. **Мое желание выпить зависит от настроения.**
 - а) всегда
 - б) иногда
 - в) никогда
2. **Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться.**
 - а) да
 - б) нет
 - в) другое
3. **Я выпиваю охотно.**
 - а) иногда

б) всегда

в) другое

4. Я люблю выпить в веселой компании.

а) да

б) нет

в) иногда

5. Я боюсь пить спиртное потому, что в опьяненном виде, могу вызвать насмешки и презрение у сверстников.

а) да

б) нет

в) другое

6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения. а) да

б) нет

в) не всегда

7. К спиртному я испытываю отвращение.

а) да

б) нет

в) другое

8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения. а) да

б) нет

в) иногда

9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли в последствии.

а) да

б) нет

в) иногда

10. Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам. а) да

б) нет

в) другое

11. Спиртные напитки меня пугают.

а) да

б) нет

в) иногда

12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир. а) да

б) нет

в) иногда

13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушить компанию. а) да

б) нет

в) иногда

2.4 Анкета «Вредные привычки»

Анкета проводится с целью получения информации о формировании привычек курить, употреблять наркотические вещества у учащихся учебных заведений, выявлении роли воспитательного воздействия педагогов на формирование привычек здорового образа жизни у детей.

Анкета помогает получить информацию:

-о владении теоретическими сведениями по данному вопросу;

-дает возможность овладеть статистическими данными по вопросу вредных привычек у школьников;

-помогает проанализировать отношение родителей к вредным привычкам детей; дает возможность скоординировать работу педагогического коллектива по профилактике формирования вредных привычек у детей.

Анкета для учащихся начальной школы *Инструкция:* постарайтесь ответить на следующие вопросы.

•

1. С какого возраста, по твоему, человеку можно:

- курить
- употреблять спиртные напитки
- наркотические вещества

2. Как ты относишься к ребятам, которые имеют привычки курить, выпивать (безразлично, завидую, осуждаю):

- мальчикам
- девочкам

3. Как твои родители относятся к таким привычкам?

- категорически против - осуждают
- безразлично.

4. Твои родители курят, употребляют спиртные напитки, наркотики:

- отец
- мать

5. Пробовал ли ты (да, нет)

- курить
- спиртные напитки
- наркотические вещества

Анкета для учащихся 5 - 10 классов*Инструкция:* постарайтесь ответить на следующие вопросы.

1. С какого возраста, по-твоему, человеку можно:

- курить
- употреблять спиртные напитки
- наркотические вещества

2. Пробовал ли ты (да, нет):

- курить
- употреблять спиртные напитки
- наркотические вещества

3. С какой целью ты это делаешь (ради интереса, хочется)

4. Как часто ты это делаешь (постоянно, редко, никогда):

- куришь
- употребляешь спиртные напитки
- наркотические вещества

5. Что изменилось в жизни при появлении таких привычек:

- положительного:
- отрицательного:

6. Твои родители курят, употребляют спиртные напитки, наркотические вещества:

- отец
- мать

7. Как родители относятся к твоим привычкам?

- запрещают категорически
- осуждают
- безразлично

8. Как ты относишься к подросткам, которые имеют привычки курить, выпивать (безразлично, завидую, осуждаю):

- юношам
- девушкам

3 блок. Выявление обучающихся, употребляющих ПАВ

Анкета «Причины и отношение к курению»

Инструкция: ответьте на следующие вопросы.

2. Анкета «Все о курении»

Инструкция: постарайтесь ответить на следующие вопросы. Ваш пол: а) мужской б) женский

1. Курите ли Вы?

- а) да
- б) нет

2. Количество выкуриваемых Вами сигарет?

- а) 1-10 сигарет в день
- б) 10-20 сигарет в день
- в) более пачки в день

3. Вследствие чего Вы начали курить? (возможны несколько вариантов ответов) а)

желание повзрослеть

- б) влияние компании
- в) хотел попробовать
- г) свой ответ

4. С какого возраста Вы начали курить?

- а) с 8-12 лет
- б) с 12-16 лет
- в) с 16 -20 лет

1	<u>Куришь</u> ли ты?	
	да	
	нет	
2	Если не куришь, пробовал ли хоть раз?	
	да	
	нет	
3	Почему ты <u>куришь</u> ?	
	за компанию с друзьями	
	чтобы казаться старше	
	испытываю удовольствие	
	считаю, что современно	
	уже привык	
4	Пробовал ли ты бросить <u>курить</u> ?	
	да, но не получились	
	пока еще нет	
	планирую	
5	Как относятся твои родители к тому, что ты куришь?	
	безразлично	
	не довольны	
	ругают меня за это	
	разрешают <u>курить</u>	
6	Курят ли ваши родители?	
		да
		нет

г) после 20 лет

5. По-вашему, какие негативные последствия несет в себе этот порок?

Анкетирование (анонимное)

Инструкция: ответьте на вопросы. Продолжи предложения, где это необходимо.

1. Вы курите?

- да (если «да», то когда выкурили первую сигарету?); - нет.

2. Почему вы начали курить?

-потому что курили ваши друзья;

-потому что курили ваши родители;

-потому что курил старший брат или сестра;

-из любопытства;

-чтобы выглядеть старше; - другие причины.

3. Сколько сигарет в день вы курите?

4. Большинство друзей курит?

-да;

-нет. 5. Как вы оцениваете свою успеваемость?

-выше средней;

-средняя;

-ниже средней.

6. Пытались ли вы когда-нибудь бросить курить, если «да», то сколько раз? 7. Считаете ли вы, что курение опасно для вашего здоровья?

-да;

-нет; - не задумывался над этим. 8. Если бы вы знали о вреде курения, начали бы вы курить?

-да;

-нет;

-не задумывался над этим.

9. В настоящее время я продолжаю курить и для меня это

10 Я бросил курить и для меня это

11. Чаще всего я курю тогда, когда

12. Я делаю попытки бросить курить, но мне мешают такие обстоятельства

13. Мои родители не догадываются о моей вредной привычке, но их начало волновать

14. Я считаю, что последствиями курения являются

15. Зависимость от курения можно победить, если

16. Как вы относитесь к курению:

а) малознакомых людей

б) родителей

в) друзей, подростков?

Тест-анкета «Есть ли у Вас симптомы алкоголизма?»

Инструкция: обведите кружком номера вопросов, на которые Вы можете ответить утвердительно.

1. Употребляете ли Вы спиртное в больших количествах после огорчений, ссор или после того, как взрослый отчитает Вас?

2. Когда у Вас проблемы или Вы чувствуете себя в затруднительном положении - всегда ли Вы пьете больше обычного?

3. Замечаете ли Вы, что можете выпить больше спиртного, чем пили раньше?

4. Случалось ли, что утром Вы не могли вспомнить каких-то эпизодов предыдущего вечера, хотя Ваши друзья утверждали, что Вы не напивались до «потери сознания»?

5. Когда Вы пьете с другими людьми, стараетесь ли Вы незаметно от них выпить больше?

6. Бывают ли такие случаи, что без алкоголя Вы чувствуете себя дискомфортно?

7. Не замечали ли Вы в последнее время, что, начиная пить, Вы торопитесь сделать первый глоток, хотя раньше этого не было?

8. Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины из-за того, что пьете?

- 9. Раздражаетесь ли Вы в тайне, когда Ваши друзья обсуждают Ваше употребление алкоголя?
- 10. Замечали ли Вы в последнее время, что у Вас все чаще и чаще случаются «провалы в памяти»?
- 11. Часто ли Вы замечаете желание продолжить выпивку после того, как Ваши друзья говорят, что уже хватит?
- 12. Всегда ли у Вас есть причина, чтобы напиться слишком сильно?
- 13. Часто ли Вы, протрезвев, сожалеете о том, что наговорили или сделали, будучи выпивши?
- 14. Пытались ли Вы что-нибудь сделать, чтобы контролировать свое употребление спиртного?
- 15. Часто ли Вы нарушали обещания не пить или контролировать употребление спиртного, даваемые самому себе?
- 16. Пытались ли Вы контролировать употребление спиртного, меняя работу или место жительства?
- 17. Избегаете ли Вы свою семью или близких друзей, когда пьете?
- 18. Увеличивается ли у Вас число проблем, связанных с деньгами или работой?
- 19. Не кажется ли Вам, что все больше людей стали обращаться с Вами несправедливо без достаточных на то оснований?
- 20. Питаетесь ли Вы нерегулярно или едите совсем мало, когда пьете?
- 21. Бывает ли так, что Вас «трясет» утром, и небольшое количество спиртного Вам помогает?
- 22. Замечали ли Вы в последнее время, что не можете уже пить так много, как это было раньше?
- 23. Пили ли Вы когда-нибудь несколько дней подряд?
- 24. Чувствуете ли Вы себя временами очень подавлено и сомневаетесь ли Вы при этом в смысле жизни?
- 25. Слышите или видите ли Вы иногда, после периодических запоев, что-то такое, чего на самом деле нет?
- 26. Испытывали ли Вы чувство страха после того, как долго пили?

Обработка:

Если Вы ответили «Да» на один из этих вопросов, то у Вас есть симптомы алкоголизма.

Если Вы ответили «Да» несколько раз, то можно определить, в какой стадии находится болезнь:

- вопросы с 1 по 8 - ранняя стадия,
- с 9 по 21 - средняя стадия,
- с 22 по 26 - начало заключительной стадии болезни.

Тест для родителей «Употребляет ли ребенок наркотики?»

Инструкция: постарайтесь честно ответить на следующие вопросы («да» или «нет»).

1. Сын (дочь) стал часто задерживаться, надолго пропадает неизвестно где.
2. Он (она) не хочет разговаривать с Вами, отдаляется от Вас.
3. У него (нее) часто и резко меняется настроение, иногда он (она) бывает очень раздражительным и даже агрессивным, иногда очень вялым и даже безразличным.
4. Ребенок стал плохо учиться, прогуливает уроки.
5. У сына (дочери) возникли проблемы с милицией.
6. Вы находите шприцы, таблетки, закопченные ложки и другие атрибуты наркомана.
7. У сына (дочери) появились подозрительные друзья.
8. Ребенок становится скрытным: например, прекращает разговор по телефону при Вашем появлении.
9. Непонятно, на что он (она) тратит свои карманные деньги.
10. Пропадают Ваши деньги и вещи из дома.
11. Сына (дочь) мучают сонливость или бессонница. Ребенок выглядит бледным.

-
- 12. Сын (дочь) периодически бывает в «непонятном» состоянии (нарушена координация движений, глаза странные, несвязная речь).
- 13. В квартире часто появляются запахи горелой травы, уксуса, ацетона, клея.
- 14. У ребенка есть пятна крови на одежде.
- 15. На руках сына (дочери) видны следы инъекций или синяки.
- 16. Ребенок безразличен к своему физическому состоянию и внешнему виду.
- 17. У него (нее) то пропадает аппетит и он худеет, то, наоборот, ест без меры.
- 18. Ребенок носит одежду только с длинными рукавами.
- 19. Он (она) часто лжет.
- 20. Вы просто чувствуете, что что-то с ним не так.

Обработка результатов:

Если больше 7 признаков подходят для Вашего ребенка, то, скорее всего, он действительно употребляет наркотики.

Если Вы выяснили, что Ваш ребенок уже употребляет наркотические вещества, ведите себя спокойно, не паникуйте. Прежде чем предпринять что-либо, остановитесь и ответьте на следующие вопросы:

-Правильно ли Вы поняли то, что узнали?

-Что Вы можете сделать, чтобы как можно лучше помочь ребенку?

-Как Вы можете сохранить возможность доверительно общаться с ним?

-Употребляет ли он (она) наркотики постоянно или это единственный «эксперимент»? Если это «эксперимент», может быть, достаточно просто поговорить с ребенком.

Если состояние здоровья или поведение ребенка доказывает, что он принимает наркотики регулярно, значит, пришло время обратиться к людям, которые могут помочь.

Это профессионалы: наркологи, психотерапевты, психологи.

Помните: Вы не можете прожить жизнь за Вашего ребенка. Не можете заставить его измениться. Вы не можете заставить его принять Вашу помощь. Но Вы в силах сделать многое, чтобы желание победить стало его собственным.