

ОКУ «Кризисный центр помощи женщинам и детям»

***Современные методики и технологии
профилактики немедицинского
потребления ПАВ.***

Липецк 2019

План:

1. Введение	3
2. Понятие «аддиктивное поведение»	3
3. Факторы риска	6
4. Этапы формирования	16
5. Психологические теории наркомании	18
6. Семья наркомана	21
7. Признаки наркотического опьянения	26
8. Профилактика	34
9. Литература	57

Введение

Распространение наркомании на территории России происходит угрожающими темпами. За последние пять лет количество наркоманов возросло примерно в три с половиной раза и, по мнению специалистов, при сохраняющейся тенденции в России уже в следующем году оно превысит уровень в три миллиона. Возраст большинства наркоманов колеблется в рамках 13—25 лет, что ставит под угрозу фактически треть молодого поколения страны. При этом следует иметь в виду, что данные цифры говорят лишь о лицах, регулярно употребляющих наркотики и относимых к группе «классического типа». Если же учитывать и тех, кто нюхает клей, краску и т. п., то названный контингент по стране составит не менее десяти миллионов. Особое беспокойство должно вызывать значительное увеличение числа наркоманов женщин.

Среди многих проблем, стоящих перед российским обществом, одно из важных мест занимают проблемы борьбы с наркоманией, алкоголизмом, токсикоманией. Эти отрицательные явления угрожают здоровью населения страны, а, следовательно, влияют и на национальную безопасность. Названные проблемы можно решить только совместными усилиями государственных органов власти, образовательных и медицинских учреждений, общественных организаций и семьи.

Аддиктивное поведение

Аддиктивное поведение (от англ. *addiction* — пагубная привычка, порочная склонность) — одна из форм отклоняющегося, девиантного, поведения с формированием стремления к уходу от реальности. Такой уход происходит (осуществляется) путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых психоактивных веществ. Приобретение и употребление этих веществ приводит к постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности.

Наличие аддиктивного поведения указывает на нарушенную адаптацию к изменившимся условиям микро- и макросреды. Ребенок своим поведением «кричит» о необходимости оказания ему экстренной помощи, и меры в этих случаях требуются профилактические, психолого-педагогические, воспитательные в большей степени, чем медицинские.

Аддиктивное поведение является переходной стадией и характеризуется злоупотреблением одним или несколькими психоактивными веществами в сочетании с другими нарушениями поведения, порой криминального

характера. Среди них специалисты выделяют случайные, периодические и постоянные употребления психоактивных веществ (ПАВ).

Традиционно в аддиктивное поведение включают: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение, то есть химическая аддикция, и нехимическая аддикция — компьютерная аддикция, азартные игры, любовные аддикции, сексуальные аддикции, работоголизм, аддикции к еде (переедание, голодание).

Алкоголизм — хроническая психическая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками. Такая болезнь сама по себе — расстройство не психическое, но при ней могут возникнуть психозы. Алкогольное опьянение может стать провокатором эндогенных психозов. На последней стадии этой болезни развивается деменция (слабоумие).

Наркомания — болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающей форму непреодолимого влечения. В международной классификации болезней (МКБ-10) наркомания — это «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ». Сильную психическую зависимость способны вызывать все наркотики, но физическая зависимость к одним бывает выражена (препараты опия), к другим — остается неясной, сомнительной (марихуана), в отношении третьих вообще отсутствует (кокаин).

Токсикомания — заболевание, проявляющееся психической, а иногда физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков. Психоактивные токсические вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик (вызывают привлекательное психическое состояние и зависимость).

Алкоголизм, наркомания и токсикомания вызывают зависимость. *Зависимость*, по определению ВОЗ (1965), есть «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества». Зависимость разделяется на психическую и физическую.

Психическая зависимость характеризуется овладевающим желанием или непреодолимым влечением к употреблению психоактивного вещества,

тенденцией к увеличению его дозы для достижения желаемого эффекта, непринятие вещества вызывает психический дискомфорт и тревогу.

Физическая зависимость — состояние, когда употребляемое вещество становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма и включается в схему его жизнеобеспечения. Лишение этого вещества порождает синдром отнятия (абстинентный синдром), заявляющий о себе соматическими, неврологическими и психическими расстройствами.

Основными причинами распространения и употребления алкогольных, наркотических и других психоактивных токсических веществ являются сложившиеся социально-экономические условия, доведение до крайне низкого состояния жизненного уровня подавляющей части населения. Все это порождает неуверенность в завтрашнем дне, значительный рост преступности, обесценивание человеческой жизни и др.

К числу менее опасных, но весьма распространенных пагубных привычек относятся табакокурение, любовь к азартным играм.

За последнее время увеличилось число синдромов, относящихся к аддиктивному и компульсивному поведению. Под компульсивным поведением подразумевается поведение или действие, предпринимаемое для интенсивного возбуждения или эмоциональной разрядки, трудно контролируемое личностью и в дальнейшем вызывающее дискомфорт. Такие паттерны поведения могут быть внутренними (мысли, образы, чувства) или внешними (работа, игра). Компульсивное поведение дает возможность имитации хорошего самочувствия на короткий период, не разрешая внутриличностных проблем. К компульсивному поведению относятся следующие его разновидности:

- переедание;
- стремление к снижению веса;
- стремление к риску и стрессу;
- потребность быть занятым («работоголики»);
- стремление к достижениям;
- потребность в физических упражнениях;
- стремление к смене сексуального партнера;
- потребность в изоляции;
- потребность покупать или приобретать вещи.

Такое поведение можно считать патологическим, если оно отражает единственный способ совладения со стрессом.

Аддиктивная активность носит избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной пустоты, стагнации (бесчувственности). Они могут проявить большую активность для достижения цели, связанной с добыванием алкоголя, наркотиков и пр., вплоть до совершения аморальных и криминальных проступков.

Факторы, провоцирующие аддиктивное поведение.

Большинство отклонений в поведении несовершеннолетних: безнадзорность, правонарушения, употребление психоактивных веществ, имеют в своей основе один источник — социальную дезадаптацию, корни которой лежат в дезадаптированной семье. Социально дезадаптированный ребенок, подросток, находясь в трудной жизненной ситуации, является жертвой, чьи права на полноценное развитие грубо нарушили. Согласно принятому определению, социальная дезадаптация означает нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

Говоря о социальной дезадаптации несовершеннолетних, мы должны учитывать, что детство — это период интенсивного физического, психического и социального развития. Невозможность осуществления позитивной социальной роли вынуждает подростка искать обходные пути для реализации своей потребности в развитии. В результате — уход из семьи или из школы, где невозможны реализация внутренних ресурсов, удовлетворение потребностей развития. Другой способ ухода — эксперименты с наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ). И, наконец, совершение правонарушения.

Таким образом, социальная дезадаптация, вызванная совокупностью факторов социального, экономического, психологического и психосоматического характера, приводит к изоляции, лишению или утрате подростком основной потребности — потребности в полноценном развитии и самореализации.

Выделяются следующие основные причины социальной дезадаптации несовершеннолетних, лежащие в основе аддиктивного поведения:

- дисфункциональность семьи;
- личностные особенности (возрастные, характерологические,

психические и т. д.);

- школьная дезадаптация;
- воздействие асоциальной неформальной среды;
- причины социально-экономического и демографического характера.

Рассмотрим основные факторы, провоцирующие аддиктивное поведение.

Семья — основополагающая ячейка, где осуществляется социализация ребенка. Из всех дефектов социализации личности наиболее опасными являются семейные дефекты. Процесс социализации в семье предполагает усвоение ребенком образцов нормативного, социально одобряемого поведения родителей. Их поведение до определенного возраста становится эталоном для подражания. Знание родительских норм-образцов и моделей поведения позволяет подростку не искать заново решений в стандартных ситуациях, а вести себя как бы автоматически, в соответствии с принятыми в данной среде и усвоенными личностью шаблонами. Семейные ритуалы (свадьба, похороны, прием гостей и пр.) в наибольшей степени связаны с нормами-образцами, поскольку степень стандартизованности, повторяемости ситуаций повседневной семейной жизни чрезвычайно высока. Нестандартные ситуации регулируются с помощью норм-принципов, определяющих ценностную направленность действий ребенка и всех членов семьи. Нормативное воздействие в семье принимается подростком во имя сохранения межличностного статуса и получения одобрения других членов семьи. Однако это не означает, что подросток во всех случаях обязательно разделяет принимаемые им мнения. В семье закладываются основы умения быстро переключаться со «своего» на «чужое» и обратно.

Будучи первичной группой, семья отличается следующими признаками:

1. Семья представляет собой относительно тесную, ограничивающую себя определенными пределами единицу.
2. Семья представляет собой ассоциацию, которая сама себя воспроизводит.
3. Она удовлетворяет важнейшие жизненные потребности людей (но не все), в том числе те, которые не может удовлетворить вторичная группа.
4. Она формирует личность в целом, а вторичные группы (школа, производство, государство) воздействуют на нее лишь в определенных аспектах, опосредованно через семью.
5. Ее влияние на индивида первично как по времени, так и по содержанию.
6. Члены семьи находятся в постоянной взаимозависимости, поэтому любое изменение поведения одного из них влечет за собой изменения в

поведении остальных.

Следует отметить также функции, структуру и динамику семьи.

Функции подразделяют на: а) воспитательную; б) хозяйственно-бытовую; в) эмоциональную; г) духовного (культурного) общения; д) первичного социального контроля; е) сексуально-эротическую. Со временем происходят изменения в функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменяются функции первичного социального контроля и повышается уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных отношений.

Нарушения тех или иных функций влечет за собой деформацию семейных отношений. Способствовать нарушениям может весьма широкий круг факторов: особенности личностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи. Например, причиной нарушений воспитательной функции семьи может стать отсутствие у родителей соответствующих знаний и навыков, (конфликты по вопросам воспитания, вмешательство других членов семьи) и хозяйственно-бытовые и экономические отношения между членами семьи. Таким образом, нарушение функций семьи делает её дисфункциональной, создающей условия десоциализации ребенка.

Процесс социализации в подростковом возрасте приобретает особо острые формы. Родительские требования и дисциплинарное воздействие сильно сказываются на социализации ребенка. И в первую очередь это проявляется в стремлении ребенка освободиться от родительской опеки в подростковом возрасте. Избавление от родительской опеки является универсальной целью отрочества. Семья постепенно теряет свою привлекательность и притягательность по сравнению с группой сверстников, которая отныне является носителем системы ценностей, норм поведения и источником определенного статуса.

Семьи, для которых характерны наиболее глубокие дефекты социализации, вольно или невольно провоцируют детей на раннее употребление психоактивных веществ и совершение правонарушений. Криминологи выделяют следующие типы дисфункциональных, неблагополучных семей:

1. Псевдоблагополучная семья, применяющая неправильные методы

воспитания.

2. Неполная семья, отличающаяся дефектами в структуре.
3. Проблемная семья, характеризующаяся постоянной конфликтной атмосферой.
4. Аморальная семья, характеризующаяся алкогольной, аморальной и сексуальной деморализацией.
5. Криминогенная семья.

Псевдоблагополучная семья. Псевдоблагополучная семья отличается ярко выраженным деспотическим характером, безоговорочным доминированием одного из родителей, полным подчинением ему остальных членов семьи, наличием жестоких взаимоотношений (держат всех в «ежовых рукавицах»), применением физического наказания как основного средства воспитания.

Особый вред развитию личности ребенка и особенно подростка наносят частые физические наказания. Психологически этот вред заключается в следующем:

1. Родители (отец, мать, опекун, попечитель), систематически наказывающие ребенка, подростка физически, выступают для него в качестве антиидеала. Он никогда не будет уважать такого родителя, брать с него пример, вследствие этого у ребенка, подростка задерживается формирование «идеального» Я.

2. Частые физические наказания вызывают у ребенка, подростка состояние фрустрации. Накапливающаяся у него обида, раздражительность, злобность вымещаются на доступных ему людях, прежде всего на сверстниках. В результате этого у него развивается агрессивное поведение во всех фрустрирующих ситуациях.

3. Частое физическое наказание наносит ущерб самооценке личности ребенка, подростка, вследствие чего у него развивается болезненно чувствительное самосознание, легко ранимое самолюбие.

Систематическое физическое наказание в раннем детстве может привести к утрате отзывчивости, способности сочувствовать и сопереживать другим людям. По отношению к родителям часто вырабатывается негативизм, который перерастает во враждебность.

Таким образом, отношения неблагополучной, дисфункциональной семьи отражаются на всех сферах жизнедеятельности ребенка: снижается школьная успеваемость, уличная компания заменяет родительский авторитет, в ней ребенок получает признание. Все это приводит к социальной и педагогической запущенности ребенка, иногда к задержкам психического

развития и психическим отклонениям, следствием этого становятся употребление психоактивных веществ, правонарушения.

Неполная семья. Дефекты в структуре родительской семьи в современных условиях могут отрицательным образом сказаться на формировании личности ребенка, подростка и также способствуют его десоциализации. Один из негативных факторов неполной семьи — эмоциональный дискомфорт, который испытывает ребенок, подросток в такой семье. Он характеризуется комплексом психологических реакций и переживаний: чувством собственной неполноценности, ущербности, зависти, эмоционального голода и пр. Такая ситуация вызывает у детей, подростков повышенный интерес к своим переживаниям с пренебрежением к переживаниям взрослых, недоброжелательное, порой агрессивное отношение к отцу или матери, бросившим семью.

Наибольший эмоциональный дискомфорт испытывают мальчики, воспитывающиеся без отцов. Отец нужен мальчику, и прежде всего подростку, как образец для подражания, для формирования мужской роли поведения. Именно у отца мальчик учится таким качествам, как мужество, смелость, решительность, благородство, уважительное отношение к женщине. В семьях без отца возрастает опасность феминизации мальчиков, которые бессознательно боятся этого и начинают демонстративно проявлять маскулинность в поведении: они склонны к агрессивности, драчливости, грубости.

Очень болезненно отражается на воспитании ребенка развод родителей. На подростка развод родителей действует сильнее, чем на детей всех других возрастов. Однако следует заметить, что факт расторжения семейных уз сам по себе не всегда означает вред. Ребенку не нужны жестокие, грубые родители, родители-алкоголики, отцы-деспоты. Поэтому нередко освобождение от жестокой, аморальной личности приносит ребенку облегчение, а оставшемуся с ним взрослому — отцу или матери — покой и нормальные условия для воспитания.

Разводу предшествует общее ухудшение семейных отношений. Ребенок становится свидетелем скандалов между родителями, видит сцены грубости, унижения, насилия. В этих условиях он чувствует себя отчужденным в семье и старается как можно больше времени проводить вне дома. Возникает бесконтрольная, криминогенно опасная ситуация, так как роль воспитателя берет на себя улица.

Проблемная семья. Проблемная семья является разновидностью неблагополучной семьи. Она характеризуется соперничеством между родителями за главенствующее положение в семье, отсутствием всякого сотрудничества между членами семьи, разобщенностью, изоляцией между родителями и детьми. Господствующая в семье конфликтная ситуация создает постоянную атмосферу напряженности, которая является непереносимой для детей, подростков, и они стремятся как можно меньше находиться дома, «улизнуть» под любым предлогом на улицу, где и проводят большую часть времени. Проблемные семьи во многих случаях создают условия для криминогенного формирования несовершеннолетних, поскольку в них нарушается процесс социального контроля, отсутствуют эмоциональные связи между родителями и детьми.

Аморальная семья. В ней наблюдаются такие отрицательные факторы, как правонарушения, совершаемые родителями и иными членами семьи, пьянство и алкоголизм, систематические конфликты, выливающиеся в скандалы и драки, развратное поведение родителей. Алкоголизм родителей вызывает обнищание семьи, ухудшение быта и полное искажение норм поведения. Дети оказываются заброшенными, у них пропадает привязанность и уважение к родителям, развивается мрачный, озлобленный характер. Каждый из перечисленных факторов в отдельности способен исказить процесс социализации ребенка, но все вместе они практически исключают полноценное развитие личности. Так, исследования, проведенные среди осужденных несовершеннолетних, показали, что у этих ребят пьянствующих родителей в 6—7 раз больше, чем у законопослушных.

Такие семьи калечат детей не только нравственно, физически, но и интеллектуально. Дети не обеспечены оптимальными условиями для физического, интеллектуального и эмоционального развития. Исследователи отмечают, что в этих семьях формируются психопатические черты характера, своевременно не выявляются различного рода заболевания, родители причиняют детям травмы в результате побоев, выгоняют их из дома. Подростки вынуждены скитаться по улицам, по подъездам и вокзалам. В школу они приходят плохо или совсем не подготовленными. У них часто отсутствуют нормальные условия для приготовления домашних заданий из-за скандалов, устраиваемых

пьяными родителями. Вследствие этого они резко отстают в учебе. Нередко в классе их называют «тупицами», что порождает у них обиду, повышенную чувствительность и душевную ранимость, приводит к ожесточению и

агрессии, такие ребята вступают в конфликты со сверстниками и учителями. Оказавшись в позиции изолированных или пренебрегаемых, они не находят поддержки среди одноклассников и педагогов, в семье и школе, они начинают искать товарищей на стороне, в уличных компаниях, где собираются точно такие же сверстники.

Криминогенная семья — такая семья, члены которой совершают преступления. Иногда приходится констатировать, что криминальная деятельность является основным видом деятельности конкретного лица или семьи в целом. Согласно криминологическим исследованиям, судимость одного из членов семьи (чаще всего это отцы или старшие братья) увеличивает вероятность совершения преступления другими членами семьи, прежде всего несовершеннолетними, в 4—5 раз. Каждый четвертый из осужденных несовершеннолетних проживал с судимыми братьями и сестрами.

Преступное поведение взрослых членов семьи демонстрирует детям, подросткам «нормы-образцы», «нормы-принципы» антиобщественного поведения, порождает или углубляет внутрисемейные конфликты, усиливает ее криминогенный потенциал.

В криминогенных и аморальных семьях дефекты социализации наиболее рельефно выступают в структуре общения. Между родителями и детьми отсутствуют или искажены эмоциональные связи, практически отсутствует социальный контроль, искажается процесс усвоения социальных ролей, норм-образцов и норм-принципов поведения, что в итоге приводит к формированию у детей и подростков деформированной структуры потребностей, ее примитивизации, таким образом, идет формирование делинквентной, асоциальной личности.

Формирование такой личности происходит, как правило, в виде реакции протеста против родителей, учителей, школы и даже против общества в целом. Это приводит к выбору референтной группы (эталонная группа) или лица с асоциальной направленностью, в отношениях с которыми подросток вынужден усваивать их ценности, поведение, роли, жаргон и пр.

Классическим антиподом аддиктивной личности выступает обыватель — человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, становящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в

окружающем мире, довольствуется тем, что имеет («маленькими радостями жизни»), старается исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни». В отличие от него аддиктивной личности, напротив, претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы является раздражающим моментом аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в

себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. Анализируя особенности аддиктивной личности,

В. Д. Менделевич ссылается на Е. Берна и через призму его теории раскрывает сущность аддиктивной личности. По мнению Е. Берна, у человека существует шесть видов голода:

- 1) голод по сенсорной стимуляции;
- 2) голод по признанию;
- 3) голод по контакту и физическому поглаживанию;
- 4) сексуальный голод;
- 5) структурный голод, или голод по структурированию времени;
- 6) голод по инициативе.

У аддиктивной личности каждый вид голода обостряется. Они не находят удовлетворения чувству голода в реальной жизни и стремятся снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Они пытаются достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдают предпочтение громким звукам, ярким краскам, резким запахам). Голод по признанию удовлетворяется неординарностью поступков (в том числе сексуальных). Структурный голод — это стремление заполнить время событиями.

Объективно и субъективно *плохая переносимость трудностей повседневной жизни*, постоянные упреки в неадаптивности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формирует у аддиктивных личностей *скрытый комплекс неполноценности*. Они страдают оттого, что отличаются от других, что не способны «жить, как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навешиваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную

психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях — условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие, и «настоящей свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Внешняя социабельность, легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Они страшатся стойких и эмоциональных длительных контактов вследствие потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения ответственности за возможное супружество и детей и зависимости от них.

Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных промахах вытекает из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами. *Стремление говорить неправду*, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных промахах вытекает из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Учитель, психолог, социальный педагог особое внимание должен уделять поведению детей «группы риска» в разных сферах их жизнедеятельности. С. А. Кулаков (2000) выделяет ряд паттернов поведения, которые позволяют определить отклоняющееся поведение и искажение личности аддиктивного подростка в различных сферах.

1. В поведенческой сфере при общении: избежание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, склонность к обвинениям, эгоцентризм, агрессивное или неуверенное поведение, появление социофобий, ориентация на слишком жесткие нормы и требования, перфекционизм, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие отношениям личности обрести устойчивость.

2. В аффективной сфере: эмоциональная лабильность, низкая

фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или не стабильная самооценка, преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, неприятию «обратных связей» и способствует закрытости личности.

3. Искажение мотивационно-потребностной сферы: блокировка потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к референтной группе, временной перспективы.

Наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности, «аффективная логика» (выявлены и ранжированы методом анализа высказываний): «долженствование»; сверхожидание от других; «эмоциональные блоки»: («мальчики не плачут»); эскапизм (избегание проблем), «селективная выборка» — построение заключения, основанного на деталях, вырванных из контекста («если другие критикуют меня, то я — плохой»); «сверхраспространенность» — построение глобального вывода, основанного на одном изолированном факте; «абсолютное мышление», проживание опыта в двух противоположных категориях: все или ничего; «произвольное отражение» — формирование выводов при отсутствии аргументов в его поддержку; перфекционизм; преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, принятию «обратных связей» и способствует

Учитель, психолог, социальный педагог особое внимание должен уделять поведению детей «группы риска» в разных сферах их жизнедеятельности. С. А. Кулаков (2000) выделяет ряд паттернов поведения, которые позволяют определить отклоняющееся поведение и искажение личности аддиктивного подростка в различных сферах.

1. В поведенческой сфере при общении: избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, склонность к обвинениям, эгоцентризм, агрессивное или неуверенное поведение, появление социофобий, ориентация на слишком жесткие нормы и требования, перфекционизм, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие отношениям личности обрести устойчивость.

2. В аффективной сфере: эмоциональная лабильность, низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или не стабильная самооценка, преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, принятию «обратных связей» и способствует закрытости личности.

3. Искажение мотивационно-потребностной сферы: блокировка потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к референтной группе, временной перспективы.

4. Наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности, «аффективная логика» (выявлены и ранжированы методом анализа высказываний): «долженствование»; сверхожидание от других; «эмоциональные блоки»: («мальчики не плачут»); эскапизм (избегание проблем), «селективная выборка» — построение заключения, основанного на деталях, вырванных из контекста («если другие критикуют меня, то я — плохой»); «сверхраспространенность» — построение глобального вывода, основанного на одном изолированном факте; «абсолютное мышление», проживание опыта в двух противоположных категориях: все или ничего; «произвольное отражение» — формирование выводов при отсутствии аргументов в его поддержку; перфекционизм; преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, непринятию «обратных связей» и способствует закрытости личности. Подростка следует побудить к рассказу о друзьях (возможно, в анонимной форме), включая знакомых, пробующих алкоголь и наркотики. Если подросток упоминает о многих друзьях, употребляющих наркотики, алкоголь, посещающих вечеринки и определенные тусовки, где их принято употреблять, и входит в «группу риска», подозрения психолога, учителя, социального педагога должны возрасти.

Таким образом, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску эмоциональных запредельных переживаний даже ценой серьезного риска для жизни и неспособность быть ответственным за свои поступки.

Школьная несостоятельность, резкое снижение успеваемости, школьная дезадаптация, способствующие употреблению психоактивных веществ, и должны насторожить и навести на мысль о злоупотреблении подростком психоактивных веществ.

Этапы формирования аддиктивного поведения.

Становление аддиктивного поведения отличается широким индивидуальным своеобразием, но в целом здесь можно выделить ряд закономерных этапов. В. Каган (1999) выделяет три этапа наркологических (алкогольных и неалкогольных) вариантов формирования аддиктивного поведения:

1 этап. Первые пробы. Совершаются обычно под чьим-либо влиянием или в компании. Немалую роль здесь играют любопытство, подражание,

групповой конформизм и мотивы группового самоутверждения. Глубинная мотивация восходит к присущей человеку потребности в изменении состояний сознания: вероятность того, что первые пробы перерастут в развернутый процесс формирования аддиктивного поведения и последующего перерастания в болезнь тем больше, чем меньше возраст при первых пробах и чем меньше потребность в изменении со знания удовлетворяется социально одобряемыми способами. По разным причинам (удовлетворенного любопытства, страха наказания, опасения и переживания, разрыва с компанией и т. д.) первые пробы чаще всего не имеют продолжения, исключение составляют табакокурение и культурально санкционированная алкоголизация.

2 этап. Поисковое аддиктивное поведение. Следующим за первыми пробами идет этап экспериментирования с различными видами психоактивных веществ — алкоголем, медикаментами, наркотиками, бытовыми и промышленными химикатами. Обычно оно присуще младшему подростковому возрасту. Для одних подростков важно их употребление как знак принадлежности к группе, для других — сам факт изменения состояния сознания («отруб», «отключка»), для третьих — качество вызываемых эффектов и особенности «кайфа». Как правило, этот этап разворачивается в компании и оформляется по алкогольному типу — для веселья, раскованности, обострения восприятия, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения («не нюхаешь, значит, не уважаешь»). По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного из средств или предпочитаемый их спектр. Чаще всего это происходит уже в возрасте после 15 лет. Индивидуальной психической зависимости еще нет, но может формироваться групповая психическая зависимость, «автоматически» запускаемая сбором группы. Решающая роль при работе с аддиктивным поведением подростков принадлежит педагогам и социальным педагогам.

3 этап. Переход аддиктивного поведения в болезнь. Происходит под влиянием множества разнообразных факторов, которые можно условно разделить на социальные, социально-психологические, психологические и биологические.

Социальные - нестабильность общества, доступность психоактивных веществ, отсутствие позитивных социальных и культурных традиций, контрастность уровней жизни, интенсивность и плотность миграции и др.

Социально-психологические — высокий уровень коллективной и массовой тревоги, разрыхленность поддерживающих связей с семьей и другими позитивно-значимыми группами, романтизация и героизация девиантного

поведения в массовом сознании, отсутствие привлекательных для детей и подростков досуговых центров, ослабление межпоколенных связей поколений.

Психологические — незрелость личностной идентификации, слабость или недостаточность способности к внутреннему диалогу, низкая переносимость психологических стрессов и ограниченность совладающего поведения, высокая потребность в изменении состояний сознания как средстве разрешения внутренних конфликтов, конституционально акцентуированные особенности личности.

Биологические — природа и «агрессивность» психоактивного вещества, индивидуальная толерантность, нарушение процессов детоксикации в организме, изменяющие системы мотиваций и контроля за течением заболевания.

В процессе перехода аддиктивного поведения в болезнь, вызываемую употреблением психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и т. д.), выделяют следующие стадии развития болезни.

1 стадия. Характеризуется формированием и прогрессирующим углублением психической зависимости, при которой перерыв в употреблении приводит к психическому дискомфорту, подавленности, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу.

В этот период наблюдаются ослабление и угасание защитных рефлексов на передозировку, повышенная толерантность, социальная дезадаптация.

2 стадия. Характеризуется формированием физической зависимости при употреблении одних веществ (алкоголь, опиаты, некоторые стимуляторы) и углублением психической зависимости при употреблении других (кокаин, марихуана). В тех случаях, когда физическая зависимость не формируется, основным признаком этой стадии становится хроническая интоксикация с психическими и физическими нарушениями. Признаки хронической интоксикации зависят от типа употребляемых веществ

Так, хроническая интоксикация марихуаной ведет к физическому истощению и апатии вне поведенческого поля наркотизации, у мальчиков нередко приводит к телесной феминизации; летучими веществами — к формированию психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии с соматоневрологическими нарушениями и ослаблением интеллектуальных функций (памяти, внимания, сообразительности). На этом этапе абсесивное влечение к употреблению сменяется компульсивным, утрачивается критичность к употреблению и развивается анозогнозия, растет толерантность (привыкание) к веществу и нередко изменяется картина

опьянения, нарастает социальная дезадаптация с фиксацией поведения на употреблении психоактивных веществ и их промысле, вовлечение в аддикцию сверстников и младших по возрасту детей с формированием подчиненных групп как средства самоутверждения и добычи дурманных веществ.

Переход к 3 стадии (падение толерантности, выраженный органический дефект личности с чертами специфического для того или иного вида психоактивных веществ слабоумия, закономерно возникающие абстинентные психозы, глубокая социальная деградация) совершается, как правило, уже в юношеском возрасте.

Традиционно врачи-психиатры и наркологи определяют наркоманию следующим образом. Наркомания — это болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоящей потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающее форму непреодолимого влечения.

Выделяют следующие направления в исследованиях и практической деятельности проблем наркомании: 1) юридический; 2) медицинский; 3) социально-психологический.

Существует достаточно много причин приобщения молодежи к алкоголю и другим психоактивным веществам. Ц. П. Короленко (1995) выделяет некоторые социальные факторы, характерные для современного общества, способствующие распространению аддиктивного поведения.

- В обществе присутствуют условия для немедленного удовлетворения желаний, связанных с получением удовольствия, что становится важным ингредиентом стиля жизни. Подростки обучаются возможности получать удовольствия, не вкладывая для этого своего труда, что нарушает развитие профессиональных навыков, обедняет эмоции. Вещества, изменяющие психическое состояние, действуют немедленно, изменение психического состояния возникает сразу, без каких-либо усилий.
- Длительный и постоянный просмотр телевизионных развлекательных программ препятствует развитию творческих возможностей, воспитывает пассивный подход к жизни, что, в свою очередь, создает благоприятную основу для развития аддиктивного поведения.
- Экономическое расслоение общества, безработица. Уменьшение мотиваций к обучению, приобретению знаний и навыков, потеря престижности многих профессий. Легкая доступность алкоголя и веществ, изменяющих психическое состояние. Реклама табака и алкоголя в средствах массовой информации.

Психологические теории наркомании.

На настоящий момент существуют три теории, которые объясняют причины приобщения к наркотикам:

1. Теория проблемного поведения: отсутствие уважения к власти, к нравственным и общественным нормам поведения ведет к росту преступности, наркотизации и сексуальной распушенности.

2. Теория стадий: употребление наркотиков — явление прогрессирующее. Оно начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем к употреблению для развлечения разрешенных и запрещенных законом наркотических веществ (анаша) и заканчивается в конце концов приемом сильнодействующих наркотиков. Однако не всегда на смену одной стадии приходит другая.

3. Теория группы сверстников: семья подростка, религия, школа и друзья оказывают влияние на приобщение к наркотикам.

Пагубное влияние проблемной семьи в формировании аддиктивного поведения общеизвестно. Однако наличие члена семьи, злоупотребляющего наркотиками, ставит для остальных членов семьи серьезные проблемы: финансовые, эмоциональные, медицинские; нарушаются семейные традиции, имеет место физическое и сексуальное насилие, изоляция от общества, отрицание, оправдание и преуменьшение важности аддиктивного поведения и перекладывание ответственности на других людей.

Результаты исследования показали, что значительная часть опрошенных имеет личностные проблемы. Они с тревогой и неуверенностью смотрят в будущее, не имеют жизненных планов, периодически оказываются в жизненных ситуациях, которые кажутся им безвыходными, и в данных ситуациях прибегают к алкоголю (32% опрошенных) и употреблению наркотиков (10% опрошенных). Практически все опрошенные считают, что родители и учителя (последние в большей степени) дают заниженную оценку их личностным качествам, и лишь у друзей эта оценка имеет положительные значения, превышающие уровень самооценки. Результаты исследования свидетельствуют о наличии у опрошенных высокого уровня неуверенности и неудовлетворенности собой, рассогласованности восприятия собственной личности. Личностные проблемы могут привести к проблемным формам поведения как варианту эмоционально. В Санкт-Петербурге, в центре профилактики наркомании среди молодежи в 1998 г. были проведены исследования в школах и колледжах, показавшие, как в разных возрастных группах происходит накопление знаний о наркотиках и формирование отношения к ним.

Возраст 10—12 лет. Ребят интересует все, что связано с наркотиками: их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не задумывались. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими, знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

Возраст 12—14 лет. Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков — марихуана наркотиком не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие — из любопытства, с потребителями знакомы многие. О наркотиках знают много — из опыта знакомых или по рассказам, многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

Возраст 14—16 лет. По отношению к наркотикам формируются три группы:

1. Употребляющие и сочувствующие — интересу ют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление наркотиков считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

2. Радикальные противники — «сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.

3. Не определившие своего отношения к наркотикам. Значительная часть может начать употребление под влиянием друзей.

Возраст 16—18 лет. Группы сохраняются, но число не определившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными.

В группе употребляющих и сочувствующих пожинают первые плоды, в связи с этим большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье.

Семья наркомана

Некоторые исследователи выявили определенную связь между различными семейными факторами и употреблением наркотиков. В первую очередь это характер взаимоотношений в семье. Часто подросток практически изолирован от семьи, отношения с родителями недостаточно близкие. Он постоянно испытывает дефицит любви, доверия и признания со стороны родителей. Родители не стремятся к общению из опасения услышать что-либо нежелательное для себя. Никто в этих семьях не слышит крика о

помощи. Недоброжелательность, враждебность, вмешательство родителей в личную жизнь сопровождают подростка. Отец не принимает достаточного участия в делах семьи.

Следующим фактором являются конфликты. Частые конфликты между родителями делают детей заложниками этих ссор, что приводит к стрессам, физическим и психологическим травмам. Дисгармоничная семья делает несчастными всех членов семьи, но в большей степени страдает ребенок, так как взрослые делают из него «козла отпущения» во всех проблемах и конфликтах. Родители не способны управлять ситуацией в семье. Дисциплина либо слишком строгая, либо либеральная. Отсутствие последовательности в дисциплинарных требованиях еще в большей степени отдаляет детей от родителей. В большей части в таких семьях существуют двойные стандарты поведения — одни для себя, другие для детей, и полное нежелание со стороны родителей признать свои ошибки и неправоту. Проблема взаимоотношений между поколениями усугубляется, если родители разведены или отсутствуют дома большую часть времени. При этом отсутствие отца переносится детьми особенно болезненно. Родители чувствуют неуверенность в борьбе с жизненными проблемами, поэтому употребляют наркотики или алкоголь в качестве психологических «костылей». Дети в таких ситуациях не учатся у родителей противостоять трудностям, а берут пример с тех родителей, кто борется с проблемами с помощью наркотиков и алкоголя.

— Родители героиновых наркоманов имели частое и интенсивное обращение с никотином, алкоголем и медикаментами. Своим детям они не предлагали модель соответствующего обращения с наркотиками в широком смысле.

— В своей собственной жизни такие родители оказывались несамостоятельными, подверженными чужому влиянию и зависимыми от мнения других людей. Матери к тому же чаще были недовольны своей жизненной ситуацией.

— Родители героиновых наркоманов оказались не достаточной моделью, от чего зависят выстраивание и проживание в качестве примера ценностей и манеры поведения, которые касаются межличностных отношений.

— В своем воспитательном поведении они насаждали недостаточные ценности и нормы поведения, в направлении которых подрастающий ребенок мог бы выправить свое поведение. К тому же они оказывались малопоследовательными в своем поведении, что выражалось в не достаточном наблюдении ребенком за придерживанием предоставленных норм и ценностей.

— Родители зависимых от героина считали своих

детей несамостоятельными и неспособными отвечать за себя; они не поддерживали своих детей в завязывании и поддержании контактов с их сверстниками.

— Родители не учили своих детей выражать и настаивать на своих правах и обязанностях.

— Родители не предоставляли своему ребенку эмоциональной близости, т. к. они не обращали внимания на потребности своего ребенка и едва ли вообще имели время для него.

— Подростки-наркоманы сообщают, что они в кругу своей семьи не чувствовали себя защищенными.

— Атмосфера в семьях героиновых наркоманов была отягощена в большой массе спорами и конфликтами; кроме того, между родителями существовало напряжение, которое часто было невыносимым.

Также становится понятным, что группа ровесников приобретает большое значение для подростка в поисках ориентации, понимания, любви и защищенности, которых ему не хватает внутри семьи. То, что это может привести к структурному нарушению личности, которая провозглашается в «неспособности регулировать чувство собственного достоинства» и в «неспособности признавать ценности, цели и нормы мира взрослых» отчетливо подчеркивается найденными результатами личности:

— героиновые наркоманы показывают в своем поведении недостаточную самостоятельность, они не могли использовать свои возможности и не могли решить самостоятельно свои проблемы.

— Зависимые от героина подростки требовали от своего окружения особых прав и особого обращения.

— Эти подростки воспринимали свое окружение как средство для удовлетворения своих потребностей; в тоже время им было тяжело добровольно оказать доброе дело другому человеку.

— Для подростков-наркоманов гражданские ценностные представления и жизненные цели представлялись сомнительными; они хотели вытащить себя из усредненных рамок и сделать из своей жизни что-то особенное.

— Зависимые от героина подростки чувствовали себя по отношению к ровесникам неуверенно; они оценивали себя очень негативно и чувствовали себя изнутри одинокими и не понимаемыми другими людьми.

Они показали неспособность представлять собственное мнение и интересы; одновременно они выделялись недостаточной способностью к воодушевлению, их было легко смутить критикой и заставить отказаться от намеченного.

Среди молодых наркоманов наблюдается определенное сходство, касающееся их семей:

— отец отсутствует или отличается слабым характером;

- излишне заботливая, уступчивая или, наоборот, властная мать;
- непоследовательное поведение и отсутствие сдерживающих факторов;
- враждебность или конфликты между родителями.

Некоторые исследователи, говоря о «донаркотической» личности наркомана, выделяют следующие черты личности молодых людей, которые могут, хотя и не обязательно, стать причиной наркомании: эмоциональная незрелость, неполноценная психосоциальная организация, садистские и мазохистские проявления, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптационные способности, склонность к регрессивному поведению, неспособность к межличностному общению с партнером и т. д.

В более поздние периоды наркотической зависимости, вследствие нравов и привычек наркоманов, первичная личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Последствия хронического употребления наркотиков приводит к усилению пассивности и лени, безразличию к своему внешнему виду, бесплодному фантазированию и невозможности принятия решения, а также абсолютной неспособности более длительного усилия.

Еще одно негативное социальное явление — потребитель наркотиков переступает грань социально одобряемого поведения, совершает аморальные и уголовно наказуемые проступки (преступления), обманывает членов семьи, друзей, коллег, врачей, знакомых. Этическая деградация является отличительной чертой хронического наркомана.

Для приобретения, употребления, реализации и хранения наркотиков подростки объединяются в группы. Связи хронического наркомана с обществом обычно ограничиваются контактами с членами наркоманской группы, где они употребляют психоактивные вещества и получают посильную поддержку в критических ситуациях (в период «ломки»). С точки зрения психической структуры, нарко ман принадлежит к типу личности слабой переносимостью боли и эмоционального стресса. Если у него отсутствуют близкие контакты с себе подобными, то он утрачивает чувство уверенности и оптимизма. По причине ущербности социального развития личности наркоман старается избегать любой формы ответственности, становится недружелюбным и недоверчивым по отношению к тем, кого он считает частью угрожающего ему мира. Поэтому объединение наркоманов в группы является одной из их социально-защитных потребностей. По этой причине в большинстве случаев современные наркоманы не потребляют наркотики в одиночку. Большинство из них живет в неформальных группах.

Наркоманская группа является одной из отличительных черт современной наркомании. Наркоманская группа далеко не всегда настроена миролюбиво по отношению к окружающим людям, чаще демонстрирует раздражительность, гнев, ненависть даже к самым близким людям, агрессию. Члены группы достаточно небрежны в одежде, в причёске, в общении. Если они находятся в состоянии наркотического опьянения их поведение, эмоции, общение явно неадекватны и настораживают окружающих. Все это способствует непониманию и углубляет разрыв между группой наркоманов и окружающими людьми. Мотивы, по которым наркоманы объединяются в группы, различны:

- страх передозировки наркотика и надежда, что группа спасет (в реальной действительности такие факты встречаются крайне редко);
- легкость получения наркотических средств или их заменителей (наркопритоны специально снабжаются наркодельцами);
- совместный поиск средств и добыча наркотиков (в основном носит криминальный характер);
- наркоманы спланиваются в группы перед лицом опасности извне (семья, правоохранительные органы, представители здравоохранения, граждане);
- в группе отсутствует иерархия (члены группы имеют одинаковые права и никаких обязанностей);
- позицию лидера занимает либо сильная личность, либо лицо, способное удовлетворить их потребности в наркотиках (в отношениях с лидером наблюдается полное, безоговорочное подчинение его требованиям, вплоть до совершения аморальных или уголовно наказуемых деяний);
- в группе наркоманы ищут ярких, эмоционально-насыщенных переживаний, увлекательных действий, которые являются результатом действия наркотиков;
- декларация группой наркоманов полной свободы и независимости, что характерно для подростков данного возраста и притягивает их к ним.

В большинстве случаев наркоманам еще в период, предшествующий возникновению зависимости, не хватало чувства уверенности в себе. Группа наркоманов в данном случае выполняет функции психотерапевтов, неудачно осуществляющих лечение социально-неуверенных, эмоционально-незрелых личностей.

Первый прием наркотиков не осознается молодыми людьми в полной мере, они не понимают, что новые ощущения, впечатления не являются нормой, а вызваны введением наркотиков. В дальнейшем критерием оценки нормального состояния станут эти новые, вызванные наркотиками, впечатления. Состояние измененного сознания ими воспринимается как норма, и оно не беспокоит их.

Существует целый ряд патологических явлений, увиденных и описанных наркоманами в состоянии измененного сознания. Наиболее часто встречающиеся явления — это повышенная потребность поделиться своим духовным состоянием, беспричинный смех, внезапные выкрики, нелогичные и бессвязные высказывания, галлюцинации, неузнавание знакомых лиц и объектов, состояние, похожее на лунатизм, ощущение себя вне собственного тела, акты насилия. Воспоминания о пережитой эйфории и связанных с ней впечатлениях через несколько дней или недель затруднены и туманны. Однако остается желание пережить и почувствовать это еще раз.

Признаки наркотического опьянения.

В условиях широкого распространения наркомании каждому современному человеку не только полезно, но и необходимо знать признаки наркотического опьянения, чтобы вовремя обнаружить их у кого-либо из окружающих. Это позволит более правильно оценивать таких людей и более рационально строить с ними отношения (к примеру, решая такой вопрос: можно ли доверять данному человеку?). Особенно необходимо это знание учителям и родителям.

М Неожиданные изменения направленности интересов подростка и круга его общения, не связанные с объективными причинами (переходом в другую школу, переездом в другую местность) в сочетании с появлением друзей или подруг, о которых вы ранее не знали.

Странные особенности поведения: периодическая и без видимых причин чрезмерная возбужденность или заторможенность, агрессивность или пассивность, колебания настроения.

Изменения внешнего облика: явная неряшливость, непонятный запах одежды, волос, кожи лица, рук, изо рта. Особенно выдают человека, который употребляет наркотики, глаза: их блеск или затуманенность, суженные зрачки, мало реагирующие на изменение освещенности.

Появление у подростков различных предметов, которых вы ранее не видели: упаковки от таблеток, ампулы, кусочки фольги, чайная ложечка в его вещах или чужие чайные ложечки в доме, обычно с закопченной внешней стороной, а также носимые с собой предметы, которые могут быть использованы в качестве жгута (резинка, провод, пояс, ремень и т. д.), кусочки каких-то растений.

Признаки «лекарственной» заинтересованности подростков: исчезновение из домашней аптечки некоторых препаратов, а также повышенный интерес к средствам бытовой химии (разного рода клеи, бензин, ацетон и др.); признаками наркотической заинтересованности подростка являются также появляющиеся в его речи специфические слова, список которых приводится ниже. Появление таких слов в речи ребенка, подростка, в частности в его разговорах с товарищами, должно насторожить взрослых.

При описании основных свойств наркотиков использовались методические рекомендации «Организации мероприятий по профилактике наркомании» Санкт-Петербургского центра профилактики наркомании.

Опиаты

Наркотики, обладающие седативным, «затормаживающим» действием. К этой группе относятся природные и синтетические вещества, содержащие морфиноподобные соединения. В большинстве случаев вводят внутривенно. Все природные наркотические средства опийной группы получают из мака. В нашем регионе чаще всего опийные наркотики встречаются в следующем виде: маковая соломка — измельченные и высушенные части стеблей и коробочек мака (зерна мака наркотически активных веществ не содержат). Соломка используется для приготовления раствора ацетилированного опия; ацетилированный опий — готовый к употреблению раствор, полученный в результате ряда химических реакций. Имеет темно-коричневый цвет и характерный запах уксуса;

— *опий-сырец* — специально обработанный сок растений мака, используется как сырье для приготовления раствора ацетилированного опия. Субстанция, напоминающая пластилин, цвет — от белого до коричневого, продается небольшими кусочками-шариками;

— *методон* — сильный синтетический наркотик опийной группы. Продается в виде белого порошка или готового раствора. В некоторых странах разрешен как

средство заместительной терапии при лечении опиийной наркомании. В России полностью запрещен.

Общие свойства опиатов

Вызывают состояние эйфории, спокойствия, умиротворенности. Реакция на первый прием может быть самой различной — от острого желания повторить прием, до отравления и крайне негативных ощущений.

Включаясь в обменные процессы, приводят к быстрому (иногда после одного-двух приемов) возникновению сильнейшей психической и физической зависимости. Крайне разрушительно действуют на организм.

Признаки опьянения наркотиками опиийной группы

Необычная сонливость в самое разное время суток, замедленная, растянутая речь, часто отходит от темы и направления разговора, добродушное, покладистое, предупредительное поведение, производится впечатление постоянной задумчивости, стремление к уединению в тишине и темноте, несмотря на время суток, очень узкий зрачок, не реагирующий на изменение освещения, снижение остроты зрения при плохом освещении, снижение болевой чувствительности.

Действие наркотика продолжается 6—12 часов. Если употребление опиатов уже вошло в систему (стало периодическим с определенным интервалом между приемами наркотика), то после прекращения действия наркотика начинает развиваться абстинентный синдром обязательный компонент опиийной наркомании — проявление физической зависимости. Абстинентный синдром (ломка) объясняется участием наркотика в процессах обмена веществ.

Наличие абстинентного синдрома указывает на употребление наркотиков. Проявления: беспокойство, напряженность, раздраженность; абстинентный синдром в легкой форме при

наличии слабой физической зависимости напоминает ОРЗ, внезапно начинается и так же внезапно проходит; резкое и сильное расширение зрачков, покраснение глаз, слезотечение; насморк, чихание; желудочные расстройства; бессонница; ломота и сильные боли во всем теле (у наркоманов со стажем); резкие частые смены настроения и активности вне зависимости от ситуации; нарушение режима сна и бодрствования; необъяснимые частые

недомогания; циклическая смена состояний, характеризующих опьянение и абстиненцию;

Наркотики опийной группы наиболее распространены, а опийная наркомания одна из самых тяжелых и опасных. Очень трудно поддается лечению.

Последствия употребления опиатов

Огромный риск заражения СПИДом и гепатитом из-за использования общих шприцев; поражение печени из-за низкого качества наркотиков — в них остается уксусный ангидрид, который используют при приготовлении наркотика; сильное снижение иммунитета как следствие подверженности инфекционным заболеваниям, заболеванием вен, разрушение зубов из-за нарушения кальциевого обмена; импотенция, снижение уровня интеллекта.

Очень велика опасность передозировки с тяжелыми последствиями вплоть до смерти.

Социальные последствия: разрушение социальных связей — потеря семьи и друзей; потеря работы; деградация личности: ослабление воли и потеря свободы.

Марихуана и гашиш — препараты конопли и каннабиноиды

Конопля произрастает в регионах с умеренно теплым климатом. Чем южнее выращено растение, тем больший наркотический эффект вызывает изготовленный из нее наркотик. В наши города конопля в основном попадает из Украины, Средней Азии и юга России.

Марихуана

Высушенная или не высушенная зеленая травянистая часть конопли. Светлые зеленовато-коричневые размолотые листья и цветущие верхушки конопли. Может быть плотно спрессована в комки. Этот наркотик курят, смешивая с табаком. Чаще всего используют пустые гильзы от «Беломора». Марихуана продается чаще всего в высушенном и в сильно измельченном виде. Расфасована, как правило, в спичечные коробки или сходную тару.

Гашиш

Смесь смолы, пыльцы и измельченных верхушек конопли — темно-коричневая плотная субстанция, подобная пластилину. Гашиш курят с

помощью специальных приспособлений. Действие наркотика наступает через 10—30 минут после курения и может продолжаться несколько часов.

Все производные конопли относятся к группе нелегальных наркотиков и в России полностью запрещены.

Признаки употребления препаратов конопли

Не все получают от употребления препаратов конопли одинаковые ощущения. Наряду с очень приятными могут возникнуть и крайне неприятные. Это зависит от настроения, общего состояния, индивидуальных особенностей организма человека. Характерно состояние сильного голода и жажды, покраснение глаз.

Прием небольшой дозы приводит к возникновению приятных ощущений, расслабленности, удовлетворенности. Это состояние может сопровождаться обостренным восприятием цвета, звуков, повышенной чувствительностью к свету из-за сильного расширения зрачков. В таком состоянии стороннему наблюдателю иногда практически невозможно распознать наркотическое опьянение по поведению, помогают сделать это другие внешние признаки.

При приеме большой дозы наблюдается заторможенность, вялость, сбивчивая речь у одних может сочетаться со вспышками эмоций, агрессивностью, немотивированными действиями у других. Поведение становится неадекватным. Иногда могут возникнуть галлюцинации. Возможны нарушения ощущений своего тела, искажение пространственных ощущений, что приводит к возникновению страхов и паники. В помещении, где употребляли наркотик, надолго остается характерный запах, который может исходить и от одежды.

Последствия употребления

В результате долгого употребления обязательно формируется психическая зависимость. Она разная у разных людей: в зависимости от возраста, частоты употребления и индивидуальных особенностей организма. На стадии зависимости курение не приносит удовлетворения, но становится необходимым. Отсутствие ожидаемого эффекта приводит к тому, что для его получения начинают применять алкоголь или более тяжелые наркотики.

Состояние абстиненции напоминает похмелье с нарушениями режима сна. Курение приводит к бронхиту, эмфиземе, раку легких. Отмечается снижение иммунитета, нарушение координации движений. Со временем возникают

изменения характера, снижение памяти, внимания, умственных способностей.

Амфетамины

Наркотики, обладающие психостимулирующим, возбуждающим действием. К этой группе относятся синтетические вещества, содержащие соединения амфетамина. В большинстве случаев вводятся внутривенно. Эти наркотики получают из лекарственных препаратов, содержащих эфедрин (солутан, эфедрин гидрохлорид). В природе эфедрин содержится в растении «эфедра». Чаще всего встречаются в следующем виде:

Эфедрон — готовый к употреблению раствор, полученный в результате химической реакции, имеет розовый, либо прозрачный цвет, характерный запах фиалки.

Перветин — готовый к употреблению раствор, полученный в результате сложной химической реакции. Маслянистая жидкость, имеющая желтый либо прозрачный цвет и характерный запах яблок.

Эфедрин — кристаллы белого цвета, полученные из растения эфедры. Он применяется в лечебных целях, а также используется для приготовления эфедрона и перветина, чаще всего путем манипуляций с лекарственными препаратами.

Speed — готовые к употреблению кристаллы желтого цвета, их вдыхают или курят. Их употребление наиболее опасно в подростковом возрасте из-за того, что разрушительные последствия для психики наступают очень быстро.

Общие свойства амфетаминов. Вызывают состояние эйфории, повышенной возбудимости. Реакция на первый прием может быть самой различной — от острого желания повторить прием до отравления и крайне негативных ощущений. Крайне разрушительно действуют на организм.

Признаки употребления

Они приводят к двигательной активности, болтливости, деятельность носит непродуктивный и однообразный характер, отсутствует чувство голода, нарушается режим сна и бодрствования, появляется сильное сексуальное раскрепощение.

Действие наркотика продолжается 2—12 часов (в зависимости от типа). Формируется психическая и физическая зависимость. Продолжительное

употребление требует постоянного увеличения дозы наркотика. Амфетоминовая наркомания имеет сессионный характер — период употребления наркотика сменяется «холодными» периодами, продолжительность которых со временем сокращается.

Абстиненция характеризуется депрессивными и дистрофическими расстройствами. Обостренная вспыльчивость, злобность и подозрительность, имеются попытки суицида.

Последствия употребления амфетаминов

Истощение, необратимые изменения головного мозга, изменения сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов, риск заражения СПИДом и гепатитом при использовании общих шприцев заболевание печени, снижается иммунитет, опасность передозировки, вплоть до смерти.

Экстази

Экстази — общее название группы синтетических наркотиков-стимуляторов (MDMA — «Адам», MEDA — «Ева» и др.). У некоторых из них присутствует галлюциногенный эффект. Белые, коричневые, розовые или желтые капсулы содержат около 150 мг, препараты часто бывают с рисунком. Распространяется в ночных клубах, дискотеках, популярны у школьников-старшеклассников. Достаточно дорог для ежедневного употребления.

Опыты на животных показали, что даже при недолговременном употреблении экстази убивает клетки мозга, вырабатывающие серотонин - вещество, с помощью которого мозг контролирует перепады настроения

Симптомы опьянения

Наркотическое действие препарата продолжается от 3 до 6 часов. Возбуждение ЦНС, поднимается тонус организма, увеличивается выносливость, физическая сила. Ускоряются все реакции организма. Под действием этого наркотика принявший его может выдержать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, не спать и не чувствовать усталости. За искусственный «разгон» организма приходится расплачиваться: после прекращения действия наркотика наблюдается состояние апатии, подавленности, сильной усталости и сонливости. Это состояние может продолжаться несколько дней, т. к. организму требуется восстановить израсходованные силы.

Последствия применения

Быстро возникает психическая зависимость — без препарата человек не способен к продуктивной деятельности. Со временем «подкачка» требуется для выполнения вполне обычной работы. Употребление препарата приводит к физическому и нервному истощению. Ресурсы организма быстро исчерпываются, сильно страдают нервная система, сердце, печень. Длительное употребление приводит к дистрофии внутренних органов. Препарат влияет на генетический код и будущее потомство. Истощение психики приводит к тяжелейшим депрессиям, вплоть до самоубийства.

В настоящий момент среди школьников среднего возраста сформировалась достаточно обширная группа потенциальных потребителей экстази — они уже находятся на стадии социальной зависимости от наркотика и ждут возможности включиться в процесс его употребления. Это является частью молодежной субкультуры.

Галлюциногены

ЛСД — синтетический наркотик. Бесцветный порошок без запаха или прозрачная жидкость без запаха. Этой жидкостью пропитывают разрисованную яркими рисунками бумагу, ткань. Затем пропитанную основу разрезают на кусочки-дозы.

Псилоцин и псилоцибин — наркотическое вещество, обладающее галлюциногенным эффектом. Содержится в грибах-поганках. Наибольшей популярностью грибы пользуются у подростков среднего возраста. Главная опасность этих наркотиков — их доступность.

Признаки опьянения

Повышенная частота пульса, повышенное давление, расширение зрачков, дрожание рук, сухость кожи. Наркотическое опьянение сопровождается нарушением восприятия окружающего, нарушениями ощущения собственного тела, нарушениями координации движений, полностью теряется контроль над собой. Употребление препарата ведет за собой необратимые изменения в структуре головного мозга, возникают психические нарушения различной степени тяжести, вплоть до полного распада личности. Даже однократный прием ЛСД может привести к измене-

нию генетического кода и необратимо повредить головной мозг. В психике могут остаться следы, неотличимые от заболевания шизофренией. Наркотик

накапливается в клетках мозга. Оставаясь там на длительное время, он может вызывать те же ощущения, как непосредственно после приема, даже спустя несколько месяцев.

Профилактика наркомании.

Профилактика — это совокупность мероприятий, направленных на охрану здоровья, предупреждение возникновения и распространения болезней человека, на улучшение физического развития населения, сохранение трудоспособности и обеспечение долголетия. В вопросах злоупотребления психоактивными веществами профилактика рассматривается как 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 ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем и т. д.). Но без решения экономических и финансовых вопросов решение названных направлений профилактики окажется безуспешным.

Различают первичную, вторичную и третичную профилактику злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ).

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ включает комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

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

Под третичной профилактикой злоупотребления ПАВ, или реабилитацией, понимают комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболеваний, то есть способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного, и возвращение в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Образовательная модель профилактики основана на воспитательно-педагогических методах деятельности специалистов образовательных учреждений, направленных на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Медицинская модель профилактики основана на информационно-лекционном методе. Это 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.

Психосоциальная модель профилактики основана на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления психоактивными веществами. Это совместная деятельность специалистов образовательных 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 противодействии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Реабилитационный потенциал — это прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно-полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях биопсиходуховного развития, а также тяжести наркологического заболевания.

Цели и задачи профилактики аддиктивного поведения.

Общей целью для первичной, вторичной и третичной профилактики является осознание форм собственного поведения, развитие личностных ресурсов и стратегий с целью адаптации к требованиям среды или изменения дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Задачи профилактической деятельности:

1. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.
2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.
3. Развитие факторов защиты здорового и социально- эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий у всех категорий населения.
4. Формирование знаний и навыков в области противодействия употребления наркотиков у детей школьного и дошкольного возраста, родителей и учителей в организованных и неорганизованных группах населения.
5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения.
6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.
7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей сверстников и взрослых.
8. Поощрение стремления подростков к прекращению употребления психоактивных веществ и минимизации вреда от такого употребления.
9. Формирование мотивации на изменение дезадаптивного поведения у подростков, ведущих асоциальный образ жизни, и взрослых, употребляющих наркотики и другие психоактивные вещества.

Задачи первичной профилактики:

- Совершенствование и повышение эффективности использования подростками адаптивных стратегий поведения.
- Увеличение возможностей личности, потенциала личностных ресурсов (формирование, развитие устойчивой позитивной Я-концепции, повышение эффективности социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, интернального локуса контроля, восприятие социальной поддержки и других копинг-ресурсов).

Обучение может быть направлено на развитие:

- Поведенческих стратегий человека (разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание).
- Процесса оценки стрессовой или проблемной ситуации.
- Процесса принятия решения.
- Ресурсов личности и среды (самоконтроля, самоэффективности, самокомпетенции и самоуважения, интернального контроля над ситуацией и средой, эмпатии, аффилиции (стремления быть в обществе других людей, потребность в общении, в осуществлении эмоциональных контактов), коммуникативной и социальной компетентности, восприятия и оказания социальной поддержки).

Вторичная профилактика – это система действий, направленных на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий.

Она включает в себя как социально-психологические, так и медицинские мероприятия неспецифического характера.

Её контингентом являются дети и подростки с поведением риска (аддиктивное поведение, уходы из учебного заведения и дома, безнадзорные дети, дети и подростки, проявляющие другие формы отклоняющегося и асоциального поведения либо находящиеся в социальной ситуации, провоцирующей наркотизацию.)

Поведение риска – это определённые формы поведения, связанные с повышенной восприимчивостью к тем или иным заболеваниям или ухудшению здоровья.

Задачи вторичной профилактики:

- Развитие активных стратегий проблем-преодолевающего поведения
- Повышение потенциала личностно-средовых ресурсов
- Профилактическое воздействие социальных сетей, которое включает в себя создание разнообразных профилактических программ, имеющих целью совершенствование естественных сетей (семья) и создание искусственных (группы социальной и психологической поддержки, приюты, медико-психологические центры и программы поддержки, анонимные сообщества).

Третичная профилактика наркомании среди подростков, детей и молодёжи является преимущественно медико-социальной, индивидуальной и направленной на предупреждение сформированного заболевания в его более тяжёлую форму – последствий в виде стойкой дезадаптации.

Целью третичной профилактики является максимальное увеличение срока ремиссий.

При проведении третичной профилактики резко возрастает роль профессионалов – психотерапевтов, терапевтов и психологов, а также непрофессионалов – консультантов, членов социально-поддерживающих групп и сообществ.

Стратегия первичной профилактики

- 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 поддержку 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.

Стратегия вторичной профилактики:

- Стратегия изменения влияния среды. Она осуществляется путём создания социально-поддерживающей системы (групп социальной поддержки среди сверстников, родителей и учителей).
- Модификация поведенческой стратегии избегания. Изменение её дезадаптивного характера на адаптивный. Переориентация на её применение для избегания ситуаций, представляющих риск наркотизации и давления аддиктивной среды.

Лишь совместными усилиями можно достичь каких-нибудь результатов искоренения и профилактики аддиктивного поведения среди подростков. Необходимо глубинное осознание и понимание данной проблемы, общность намерений и действий в этом направлении. Единичными беседами нравоучительного характера мы лишь поддерживаем детей на «плаву», а они по-прежнему останутся со своими проблемами один на один.

Наркотики стали на столько доступны для детско-возрастной популяции, что вошли в структуру окружающей реальности. Поэтому не менее доступной должна стать и помощь, прежде всего, в образовательных учреждениях, где дети и подростки проводят достаточно много времени, где они на виду.

Мы выделим, что может в этом плане дать школьникам образовательное учреждение:

- Усилить нравственное воспитание школьников
- Гармонично включать в учебно-воспитательный процесс информацию антинаркотической идеологической направленности.
- Дать информацию детям и родителям о наркомании как болезни, которую человек приобретает по своему собственному выбору.

- Дать информацию детям и родителям о технологии наркотизации как технологии инструментальной агрессии, направленной на уничтожение российского генофонда.
- Просвещать родителей по проблеме наркомании как зависимом поведении, приобретающем массовый характер, их роли в этой проблеме, ознакомить с признаками употребления детьми наркотиков.
- Исследовать вместе с детьми и подростками причины, по которым, по которым им предлагают наркотики; факторы, способствующие принятию предложения и его отвержению. Акцентировать слабость натуры человека, делающего свой выбор в пользу наркотиков с целью их использования для решения эмоциональных проблем; отсутствие ответственности выбора, так как он лишает выбора близких, становящихся в позицию созависимых не по своей воле.
- Исследовать вместе с детьми и подростками процесс формирования зависимого поведения, дискриминируя его в обсуждении. Доказать банкротство наркомана: сначала он платит за любопытство, потом за сомнительное удовольствие, затем за избегание боли и кратковременное состояние комфорта, за возможность почувствовать себя так, как он чувствовал себя раньше, даже при наличии проблем, так, как сейчас чувствуем себя мы с вами.
- Ознакомить с историей исследования наркотических состояний учеными. (Тимоти Лири в результате опытов с ЛСД потерял профессиональные качества и был лишен лицензии психолога. Джон Лили после второй пробы наркотика предпринял суицидную попытку, ослеп на несколько дней. Дельфин, которому ввели препарат ЛСД, покончил жизнь самоубийством, что в среде животного мира является исключительным случаем).
- Ознакомить школьников с трактовкой причин наркомании и алкоголизма, данной православием.
- Ознакомить школьников с современным законодательством Российской Федерации в отношении распространения и приобретения нелегальных наркотических средств.
- Обсудить связь наркомании с преступностью, заболеванием СПИДом, половой распущенностью, меры их предупреждения.

- Своевременно оказывать помощь школьникам в решении их эмоциональных проблем. Особое внимание уделять психолого-педагогическому сопровождению подростков группы риска: созависимые, гиперактивные, имеющие опыт отклоняющегося поведения, имеющие академические и эмоциональные проблемы.

- Организовать обучение детей и подростков в малых группах базовым социальным умениям:

- 1) Общаться
- 2) Разрешать конфликтные ситуации
- 3) Преодолевать стресс
- 4) Принимать решения
- 5) Планировать свое будущее.
- 6) Управлять своим поведением на основе самопознания
- 7) При выявлении случаев употребления ПАВ своевременно вместе с родителями формировать мотивацию отказа, выявлять причины, оказывать необходимую психологическую помощь.

- В случае формирования психологической зависимости (при употреблении героина в 55% случаев после первой пробы) оказывать психологическую помощь, направленную на разрушение психологической зависимости, поиск компенсационных механизмов и их реализацию.

- В случае выявления наличия химической зависимости формировать установку на лечение. А в дальнейшем на реабилитацию

- Оказывать психологическую помощь подросткам после клинического лечения или самостоятельного преодоления ломки, направленную на продление сроков ремиссии и реабилитацию.

- Обеспечить приобретение детьми и подростками опыта здорового образа жизни, опыта здоровы развлечений.

Следует признать, что сделать образовательное пространство безопасным, защищающим, идентичным, привлекательным, доступным необходимо для решения проблемы наркомании, но недостаточно. Важно, чтобы дети ощущали себя гражданами страны, которая для них безопасна, достойна доверия, которой можно гордиться, в которой можно достойно жить и не бояться будущего.

Недоверчивому, неуверенному в себе, комплексующему подростку осознание собственной индивидуальности и отождествление себя с какой-либо социальной группой, может оказаться непосильной задачей. У такого подростка будут проявляться симптомы путаницы ролей, неуверенности в понимании кто он такой, к чему стремится, к какой среде принадлежит. Трудности идентификации могут привести к тому, что подросток начнет стремиться к негативной идентичности, к образу своего "я", являющегося противоположным тому, который хотели бы видеть родители, учителя, общество. Такому подростку легче идентифицировать себя с антисоциальными группами, в том числе с наркоманами, чем вообще не обрести своего социального "я".

Кроме содержательного компонента идентичность включает в себя и оценку. Познавая свою индивидуальность, подросток выясняет, каким он себе нравится больше, какая среда его привлекает, что он платит за то, чтобы быть с теми, с кем он хочет быть.

Решение основного конфликта подросткового возраста во многом зависит от групповых норм его окружения, а поскольку подросток значимую долю времени реализует себя в образовательном пространстве, то и от его норм и правил. Если нормой образовательного пространства будет здоровый образ жизни, то ученик, не отторгаемый этим пространством, вероятнее всего будет мотивирован на ведение здорового образа жизни (при наличии других благоприятных для этого условий). Как часть единого целого он может обладать его свойствами, которые в сочетании с его индивидуальностью определяют степень устойчивости динамического равновесия, психического здоровья, независимости.

Надо отметить, что свойства образовательного пространства могут способствовать как отождествлению с ним и его нормами, так и отторжению, принятию антисоциальных норм и правил. В последнем случае велика вероятность приобщения подростков к наркотикам, приобретение которых ставит подростка в соответствии с законодательством Российской Федерации в положение преступника.

Мы заметим, что наркотики стали настолько доступны для детско-возрастной популяции, что вошли в структуру окружающей реальности. Поэтому не менее доступной должна стать и помощь, прежде всего, в образовательных учреждениях, где дети и подростки проводят

достаточно много времени, где они на виду. Что может в этом плане дать школьникам образовательное учреждение?

Поскольку наркомания особенно распространена среди молодежи, а известное правило гласит, что легче предупредить заболевание, чем его лечить, понятно, что молодежь является основной целью усилий по профилактике и уменьшению злоупотребления наркотиками. К сожалению, профилактика наркомании среди молодежи осложняется рядом факторов:

Дети и подростки склонны игнорировать и недооценивать долговременные последствия своего поведения. Их способность оценить опасность, которую несут наркотики, понять, что такое наркотическая зависимость, как легко она появляется и насколько трудно с ней бороться, просто недостаточно развита.

Юность - период быстрого физического, эмоционального и социального развития, часто сопровождаемый сильными стрессами, неуверенностью в себе, перепадами настроения и проявлениями недисциплинированности. Эксперименты и рискованные действия являются неотъемлемыми чертами юности, и злоупотребление наркотиками является идеальной предпосылкой для такого поведения.

Следует еще раз отметить, что в этот период влияние сверстников, особенно молодежи старшего возраста, весьма значительно. Часто сверстники оказывают давление на молодых людей, принуждая их принимать наркотики.

Мы можем сказать, что профилактика аддиктивного поведения в образовательной среде имеет большую значимость - школа представляет собой уникальную и весьма важную "площадку" для принятия мер по профилактике. Это связано с тем, что комплексный подход на долговременной основе, сочетающий политику, экологические аспекты, просвещение и услуги в области здравоохранения, самым эффективным образом обеспечивает борьбу с этими предрасполагающими факторами, формируя у молодежи знания, установки и навыки, необходимые для сознательного отказа от наркотиков. Например, мы можем отметить следующие:

Используя школы, можно вести пропаганду среди учащихся до того, как они начнут употреблять наркотики и во время критического подросткового периода.

Школы вырабатывают и проводят в жизнь политику по созданию обстановки, защищающей учеников от влияния наркотиков и наркоманов и способствующей формированию здорового образа жизни.

Основной акцент состоит в том, что молодежь, становясь субъектом, сама начинает формировать ситуации и организовывать свое жизненное пространство. Реализация этой установки связана со следующим.

Во-первых, предоставление молодым людям возможности удовлетворять свои потребности в социально приемлемой форме и этим влиять на отношения, в том числе и к наркотикам.

Во-вторых, помочь подросткам сформировать свою собственную систему ценностных ориентиров и принять для себя личностное решение о том, как они будут реализованы. Дать им возможность оценить все стороны жизни, так или иначе связанные с проблемой наркомании.

В-третьих, освоить способы помощи и поддержки своих друзей, которые в ней нуждаются.

В-четвертых, создать такую систему совместной деятельности подростков и взрослых, которая позволяла бы достигать социально позитивные и личностно значимые для подростка результаты, на основе которых растет его самоуважение к себе.

Четкая формулировка и понимание задач, стоящих перед исполнителем любой работы, вне всяких сомнений, делают ее более организованной и успешной.

По определению, профилактика - это система мер, направленных на предупреждение возникновения явления. Цель - максимум профилактики употребления ПАВ, т.е. полный отказ от них детей и подростков.

Следует выделить следующие задачи профилактической работы с детьми в школах и других учебных заведениях:

1. Дать детям объективную информацию о действии химических веществ на организм;
2. Сориентировать их на способность делать свой собственный выбор; дети и подростки должны чувствовать, что действительно могут сделать

правильный для себя выбор, что им это доверяют, но ни в коем случае не по принципу "здесь, теперь и сразу";

3. Дать детям возможность овладения определенными поведенческими навыками, облегчающими следование здоровому образу жизни;

4. Сформировать рефлексивную позицию молодого человека на основе создания поля его самореализации как личности и индивидуальности, которая будет способствовать тому, что ребенок самостоятельно сможет найти свою социальную нишу, дать оценку своим действиям, поступкам, задуматься об их последствиях и о том, как эти последствия смогут повлиять на его судьбу.

Соответственно этим задачам профилактическая работа может включать в себя три компонента.

1. Образовательный компонент

Специфический - дать ученикам представление о действии химических веществ, изменяющих состояние сознания, о механизмах развития заболевания, о болезни и о последствиях, к которым приводит химическая зависимость.

Цель: научить ребенка понимать и осознавать, что происходит с человеком при употреблении ПАВ.

Неспецифический - помочь детям обрести знания об особенностях своего психофизического здоровья, научить заботиться о себе.

Цель: формировать у молодого человека развитую концепцию самопознания.

2. Психологический компонент - коррекция определенных психологических особенностей личности, создающих зависимость к употреблению химических веществ, создание благоприятного, доверительного климата в коллективе, психологическая адаптация подростков из группы риска и др.

Цели: психологическая поддержка ребенка, формирование навыков принятия решений, умения сказать "нет", постоять за себя, определять и нести ответственность за себя, свои действия и свой выбор.

3. Социальный компонент - помощь в социальной адаптации ребенка к условиям окружающей среды, обучение навыкам общения, здорового образа жизни.

Цель: формирование социальных навыков, необходимых для здорового образа жизни и комфортного существования в окружающей социальной действительности.

Отсутствие знаний, навыков и социально адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения - родителей, педагогов - не позволяет им зачастую оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку детям и подросткам. Наша молодежь оказалась одинокой и психологически беспомощной из-за утраченных связей со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающих с детьми и подростками, - учителя, школьные психологи, инспектора ИДН и другие - также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными.

Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами и демонстрировать их в процессе профессионального взаимодействия с подростками, а, во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения других способности эффективно преодолевать жизненные проблемы, развивать стереотипы здорового поведения.

Все эти экстремальные в социально-психологическом смысле условия приводят к необходимости разработки нового специфического для данной конкретной ситуации подхода к профилактике злоупотребления ПАВ. Обеспечить реализацию данного подхода возможно на основе разработки и внедрения концептуально обоснованных профилактических программ поколения.

Задачи такой программы следующие :

1. Формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих злоупотреблению ПАВ,

2. Создание условий для открытого, доверительного общения, восприятие информации, творческой атмосферы работы.

3. Информирование о действии и последствиях злоупотребления ПАВ, о причинах и формах заболеваний, связанных с ними, о путях к выздоровлению, о связи злоупотребления наркотиками и других форм саморазрушающего поведения с особенностями личности, общения, со стрессом, о путях преодоления последнего.

4. Направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

- я-концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);

- собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;

- умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;

- потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

5. Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

Позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям не только совершать ошибки, но и исправлять их;

Адекватно оценивать проблемные и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;

Ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;

Контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;

Осознать, что происходит с собственной личностью и почему, анализировать свое состояние;

Сопереживать окружающим и понимать их, осознавать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);

Принимать от окружающих и оказывать им психологическую и социальную поддержку.

6. Развитие стратегий и навыков поведения, ведущего к здоровью и препятствующего злоупотреблению ПАВ:

- принятие решения и преодоление жизненных проблем;
- восприятие, использование и оказание психологической и социальной поддержки;
- оценка социальной ситуации и принятие ответственности за собственное поведение в ней;
- Отставание своих границ и защита своего персонального пространства;
- защита своего "Я", самоподдержка и взаимоподдержка;
- избегание ситуаций, связанных с употреблением ПАВ и с другими формам саморазрушающего поведения;
- развитие умений использовать альтернативные ПАВ способы получения радости и удовольствия;
- развитие умений бесконфликтно и эффективно общаться.

Программа предполагает работу с детьми и подростками старшего и среднего возраста.

Можно выделить следующие разделы программы:

1. Информационный.
2. Когнитивного развития.
3. Развития личностных ресурсов.
4. Развитие личностных ресурсов.

5. Развития стратегий высокофункционального поведения.

Исходя из разделов, выделяются следующие направления работы:

Подготовка специалистов из числа школьных психологов, социальных педагогов и учителей для работы с детьми группы риска, склонными к употреблению наркотиков;

Профилактическая работа со всеми детьми и подростками с приоритетной ориентацией на детей группы риска;

Работа с родителями детей, склонных к употреблению или употребляющих ПАВ.

Мы выделим следующие методы работы, которые могут быть использованы в ходе профилактики:

1. Групповая работа.
2. Тренинг поведения.
3. Когнитивная модификация и терапия.
4. Личностный тренинг.
5. Дискуссии.
6. Мозговые штурмы.
7. Беседы.
8. Лекции.
9. Ролевые игры.
10. Психогимнастика.
11. Психодрамма.
12. Элементы индивидуальной и групповой психотерапии.
13. "Круглые столы".

14. Совещания.

15. Супервизия.

16. Проведение методических занятий с супервизорами.

Предполагаемыми результатами могут стать следующие:

- уменьшение факторов риска употребления ПАВ в молодежной среде.
- формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у детей и подростков.
- развитие комплексного подхода к профилактике злоупотребления ПАВ.

Таким образом, антинаркотическую профилактическую работу в образовательном учреждении целесообразно строить на основе программ, идей которых, должна стать идея формирования рефлексивной позиции молодого человека по созданию поля самореализации его как личности и индивидуальности в процессе различных форм занятий.

Эта деятельность должна способствовать реализации накапливающихся у детей и подростков фрустрированных потребностей и обеспечивать сброс энергии неотреагированных отрицательных эмоций.

Мы выделяем следующие ключевые проблемы первичной профилактики употребления психоактивных веществ детьми и подростками в образовательной среде.

Первая проблема - как и с какого возраста формировать у детей активную психологическую защиту, противодействие к первой пробе и приему наркотиков, к стилю жизни, связанному с наркотизацией?

Вторая проблема - как и каким образом педагогам, воспитателям, социальным работникам, родителям безошибочно и точно определять, что ребенок начал употреблять наркотические средства, и какую наиболее оптимальную тактику применять по отношению к такому ребенку?

Третья проблема - как и каким способом активно вмешиваться и корректировать систематическое употребление психоактивных (наркотических) веществ? Какими оптимальными средствами осуществлять

комплексную реабилитацию детей и подростков, прекративших наркотизацию?

По первой проблеме - Как и с какого возраста формировать у детей активную психологическую защиту, противодействие наркотизации и ранней алкоголизации? Какие дети составляют группы повышенного риска и, в каких формах целенаправленной первичной психопрофилактической помощи они нуждаются? - целесообразно указать следующее.

Выделим последовательность действий педагога и администрации учебного заведения при подозрении на употребление несовершеннолетними наркотиков:

1. предоставить подростку достаточную информацию о негативных последствиях потребления одурманивающих веществ. Целесообразно, при первом контакте избегать репрессивной и осуждающей тактики, постараться убедить ребенка в целесообразности обращения за медицинской помощью. Указать на недопустимость появления в школе в состоянии одурманивания, вовлечения сверстников в потребление психоактивных веществ; сообщить, что в этом случае администрация учебного заведения будет действовать в установленном для такой ситуации порядке.

2. предлагать помощь подростку корректным и, если ситуация позволяет, то желательно ненавязчивым способом.

3. Не разглашать информацию о наркологических проблемах подростка, поскольку это приводит к полному прекращению продуктивного контакта и может иметь вредные последствия для несовершеннолетнего.

4. иметь информацию об учреждениях, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним. Особо следует знать о возможности анонимного лечения. Целесообразна информация о реально работающих с этой проблемой общественных организациях.

5. точно знать при работе с несовершеннолетним потребителем психоактивных веществ: Какова ситуация в его семье? Могут ли родители реально влиять на поведение своего ребенка? Каково его микросоциальное окружение по месту жительства?

6. постоянно, не "компанейски" внедрять и проводить обязательные антинаркотические программы обучения, семинары и тренинги для

педагогов, обучать их формам активной первичной профилактической работы среди родителей и формам противодействия молодежному наркотизму. (14; 159)

Если у специалиста общеобразовательного учреждения возникли подозрения, что подросток употребляет наркотики, то наиболее оправданы следующие действия:

1. Корректно сообщить о своих подозрениях родителям или законным представителям, опекунам учащегося ребенка.
2. При подозрении на групповое потребление наркотиков провести повторные беседы с родителями всех членов "наркоманической" группы. В ряде случаев это целесообразно осуществить в виде собрания с приглашением врача психиатра-нарколога, работника правоохранительных органов.
3. Организовать индивидуальные встречи подростков и/или их родителей с врачом районного подросткового наркологического кабинета.
4. Предоставить подросткам и их родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса и телефоны организаций, работающих в таком режиме.

Если у специалиста общеобразовательного учреждения возникли подозрения, что подросток находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. В таком случае необходимо:

1. Удалить учащегося из класса, отделить его от одноклассников.
2. Немедленно поставить в известность руководителей школы.
3. Срочно вызвать медицинского работника школы.
4. В случае, когда состояние подростка может быть расценено как алкогольное или наркотическое опьянение, необходимо известить о случившемся родителей или опекунов подростка.
5. Нецелесообразно проводить немедленно разбирательство о причинах и обстоятельствах употребления алкоголя или наркотиков. Собеседование с подростком по этому случаю следует провести после встречи с родителями и

медицинским работником, т.е. после получения объективной информации о возможностях и путях коррекционного вмешательства.

6. При совершении подростком в наркотической интоксикации или алкогольном опьянении хулиганских действий, целесообразно прибегнуть к помощи правоохранительных органов.

Учащиеся, которые замечены в случаях употребления психоактивных веществ, должны быть по согласованию со школьным врачом поставлены в школьном медицинском кабинете на внутришкольный учет. В тех случаях, когда, несмотря на проводимые профилактические меры, наркотизация продолжается достаточно быстро начинающий наркоман начинает пропускать занятия, вымогать деньги у младших, группировать вокруг себя учеников из заведомо состоятельных семей, контролировать территорию вокруг школы. Столкнувшись с такими формами поведения, школа обычно переходит к тактике "активного выталкивания" трудного ученика с проблемами зависимости из школьной среды, оставляя ему своих учеников, все социальное пространство вокруг школы. Таким образом, школа проигрывает свою борьбу с начинающим наркотизироваться подростком за его судьбу и за судьбы других подопечных учеников.

Мы осветим следующие моменты, которые необходимо учитывать в данной ситуации.

1. Социально-профилактическая и медико-психологическая помощь, ориентированная на отдельные случаи вмешательства по отдельным детям и подросткам, без работы в микросреде, без разъединения группы наркотизирующихся несовершеннолетних практически малоэффективна, также как и временная изоляция ребенка в домашних условиях, или тоже временное помещение в наркологический стационар, или разовое приглашение инспектора отделения профилактики правонарушений несовершеннолетних, часто используемое "с целью устрашения".

2. Начинаящий наркоман, несмотря на его установку оставить школу, должен оставаться как можно дольше в школьной среде и продолжать учебу, так как это один из существенных социально-психологических факторов противодействия нарастающей социальной дезадаптации подростка.

3. Профилактическая работа должна быть не только предупреждающей, но и активно направленной, а на этапе формирующейся зависимости

обязательно комплексной с привлечением всех специалистов, работающих с детьми, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками.

Целевыми задачами такой комплексной деятельности являются:

- разъединение асоциальных групп, в которых практикуется постоянный прием токсических и наркотических веществ;
- объединенная помощь детям социального педагога, школьного психолога, врача, специалистов комиссии по делам несовершеннолетних в преодолении формирующейся зависимости и отклонений поведения;
- восстановление школьного статуса ребенка, бросившего прием токсико-наркотические вещества с коррекцией возникших у него пробелов в обучении и воспитании.

Третья проблема - как и каким способом активно вмешиваться и корректировать систематическое употребление психоактивных (наркотических) веществ? какими оптимальными средствами осуществлять комплексную реабилитацию детей и подростков с проблемами зависимости и стойким противоправным поведением?

Дети и подростки, систематически употребляющие психоактивные вещества, как правило, характеризуется уже выраженными формами социальной дезадаптации с "домашним воровством", постоянными уходами из семьи, самовольным оставлением школы, стойкими асоциальными установками и склонностью к правонарушениям. Одновременно у них могут наблюдаться выраженные формы зависимости, т.е. начинается болезнь. Однако, в первую очередь это ребенок, а потом токсикоман или наркоман и он нуждается в оптимальной поддержке и эффективной реабилитации. Остановимся на основных принципах обеспечения активной первичной антинаркотической профилактической работы в образовательной среде.

Реально действующая на территориальном уровне активная антинаркотическая профилактика должна быть основана на взаимодействии педагогов, школьной психологической службы, психиатров-наркологов, работников социальных служб и правоохранительных органов. Их совместная деятельность должна опираться на следующие базовые положения:

- зависимость от наркотических, психоактивных веществ легче предупредить, чем лечить, поэтому профилактическая антинаркотическая работа в образовательной среде должна быть системной и концептуально обоснованной на основе модели активной антинаркотической профилактической помощи и законодательно разрешена в образовательных учреждениях (концептуальные и законодательные рамки);

- целевое воздействие должно быть комплексным и осуществляться при личностном, семейном и социальном (школа, общество) взаимодействии (формирование и развитие социальной системы профилактики употребления психоактивных веществ и социальной поддержки на основе совместной работы специалистов, общественных объединений (группы родительской поддержки) и волонтеров, осуществляющих активную профилактику в регионе):

- в превентивных образовательных программах в условиях угрожающей наркологической ситуации основное внимание следует уделять формированию ценностей здорового образа жизни, развитию личностных ресурсов, препятствующих употреблению психоактивных веществ, а также развитие у несовершеннолетних жизненных навыков противостояния агрессивной среде, которая провоцирует потребление наркотиков (разработка комплекса дифференцированных обучающих программ профилактики употребления наркотиков среди детей и подростков);

- в превентивных образовательных программах отдельно должен быть представлен аспект подготовки специалистов в области профилактики употребления психоактивных веществ из числа педагогов, школьных психологов, социальных педагогов, инспекторов отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних (ОППН).

Для этой цели для методического обеспечения первичной профилактической помощи целесообразно в каждом регионе на постоянной основе организовать обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников по формам предупреждения злоупотребления наркотическими средствами в детско-подростковой среде.

В своих основах первичная профилактическая помощь при распространении наркоманий в детско-подростковой среде должна опираться на школьную психологическую службу, на подразделения центров

психолого-педагогической реабилитации, на формирование широкой сети консультативных пунктов для детей и подростков. Все вместе они должны обеспечивать тесное межведомственное взаимодействие при работе специалистов с "проблемными детьми" по месту их жительства, а также родительских объединений, подростковых групп само- и взаимопомощи в школах и микрорайонах.

Основные направления активной антинаркотической профилактики в образовательной среде.

Первое направление - разработка образовательных программ, ориентированных на формирование у учащихся ценностного отношения к здоровому образу жизни.

В настоящее время необходимо методами активного просвещения и направленного, действенного воспитания найти достойное место в общеобразовательных программах основам здорового образа жизни, формированию простых ценностей радости и счастья от здоровья. Формировать у ребенка потребность быть здоровым, научить его избегать нажитых болезней, знать грозящие опасности и пути их предупреждения. Речь идет не о минимуме информации о том, что такое "хорошо" и что такое "плохо", а именно о задаче школы в формировании новой системы ценностей, ведущее место среди которых занимает здоровье. Именно то определение здоровья, которое сформулировано Всемирной организацией здравоохранения - "Здоровье" - это состояние, характеризующееся не только отсутствием болезней или физических, психических дефектов, но и полным физическим, духовным и социальным благополучием.

Необходимо, на наш взгляд, специально фиксировать внимание на проблеме здоровья, потому что мотивация здоровья и здорового образа жизни, несомненно, является одним из ведущих превентивных факторов защиты от вовлечения в употребление наркотиков. Формирование ценностей и стиля здорового образа жизни, несомненно, должно идти не через нравоучения, а через организацию насыщенной положительными эмоциями физической двигательной активности, спортивных занятий, через привитие устойчивых гигиенических навыков, через практикум коммуникативных навыков, чтобы создавать поддержку в среде сверстников.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Аддиктивное поведение и его профилактика. А.В. Гоголева. *РАО, Московский психолого-социальный институт.*
2. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. — М.: Изд-во института психотерапии, 2000. — 256 с.
3. Профилактика наркомании и здоровый образ жизни. Выпуск 2. Сборник методических разработок. — Ижевск, 1999. — 54 с.
4. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. — М.: Изд-во МГУ, 1974.-96 с.
5. Бадмаев С. А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. — Изд-во «Магистр», 1997. — 96 с.
6. Матвеев В. Ф., Гройсман А. Л. Профилактика вредных привычек школьников. — М.: Просвещение, 1987. -96 с.
7. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 144 с.