

ПО ТУ СТОРОНУ УДОВОЛЬСТВИЯ...

**Методические рекомендации
по итогам социально-психологического
тестирования обучающихся Республики Коми**

СЫКТЫВКАР, 2015

ВВЕДЕНИЕ

Кто-то сказал, что жизнь нельзя писать на черновик в надежде переписать ее заново... Каждым своим решением мы защищаем свое право жить или предаем его.

Социально-экономические реформы в России обострили негативные стороны в жизни общества: распад семей, беспризорность и безнадзорность детей. Вызывает опасение рост детской алкоголизации, наркотизации, процесс активного вовлечения несовершеннолетних в занятия криминальным бизнесом, в т.ч. распространение, употребление психоактивных веществ. При этом приобщение молодежи к алкоголю и наркотикам является дополнительным мотивом для совершения преступлений.

В первом полугодии в Республике Коми зарегистрировано **380** преступлений, совершенных несовершеннолетними. Более 53% от общего числа зарегистрированных преступлений совершены в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Анализ наркоситуации в республике показал, что спрос на синтетические наркотики с каждым годом растет. Ежемесячно в службу «скорой помощи» обращается около **80** человек с отравлением психоактивными веществами, каждый третий из них подросток.

По данным Управления Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Республике Коми, увеличилось число несовершеннолетних, совершивших преступления под воздействием наркотиков по статье 228 УК РФ в *части незаконного приобретения, хранения, распространения наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов*. В первом квартале 2015 года количество подростков, совершивших преступления, предусмотренные данной статьей, составило **50** человек. Из них **28** несовершеннолетних на момент совершения преступления состояли на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних.

Для решения общегосударственной проблемы борьбы с наркоманией необходима координация действий всех субъектов системы профилактики. Это требует как больших материальных затрат, так и длительной, кропотливой работы. Однако, «болезнь легче предупредить, чем лечить». Вот почему необходима широкая пропаганда среди детей здорового образа жизни и ранняя профилактика наркомании и токсикомании, так называемого «искусственного удовольствия».



Кто входит в дом
счастья
через дверь
удовольствий,
тот обыкновенно
выходит
через дверь страданий.

Блез Паскаль

Глава 1

ИСКУССТВЕННОЕ «УДОВОЛЬСТВИЕ»

Психоактивные вещества, наиболее «популярные» среди несовершеннолетних

На пути прозрения и овладения объективной информацией стоит немало препятствий. Одно из них — незнание терминологии, а также существующая путаница в понятиях и представлениях.

Понятия «наркотик», «наркотизм», «наркомания» — не только медицинские и социальные, но и юридические. Юридическое использование терминов обусловлено большой общественной опасностью, выражающейся в том, что наркомания приводит к нарушению поведения, быстрым и тяжелым изменениям психики. Употребление, не предписанное врачом, производство, доставка, хранение, приобретение психоактивных веществ, вызывающих зависимость от них, уголовно наказуемы (ст. 228 УК РФ¹).

¹ *Статья 228.* «Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества».

☞ **Наркотик** — психоактивное вещество, которое включено в официальный государственный список вследствие социальной опасности из-за способности при однократном употреблении, вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом — психическую или физическую зависимость от него. ☞

Термином «наркотическое средство» (наркотик) называют вещества, отвечающие трем критериям:

- **Медицинский критерий** — вещество, лекарственное средство, которое оказывает специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.) действие на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления.
- **Социальный критерий** — немедицинское потребление рассматриваемого вещества принимает большие масштабы, и наносимый вред приобретает социальную значимость.
- **Юридический критерий** — средство официально признано наркотическим и включено в перечень наркотических средств.

☞ **Наркотизм** — социальный феномен, выражающийся в относительно распространенном, статистически устойчивом употреблении частью популяции наркотических (или иных токсических, психотропных) средств, влекущем определенные медицинские (заболеваемость наркоманией) и социальные последствия. ☞

☞ **Наркомания** — болезнь, вызванная систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от них. ☞

Психоактивные вещества (далее — ПАВ) обладают теми же свойствами, что и наркотики, но из-за легкодоступности на сегодняшний день они имеют большее распространение среди подростков.

☞ **Психоактивные вещества (ПАВ)** представляют собой разнородную по химическому составу и механизмам воздействия на центральную нервную систему группу субстанций, способных при повторном употреблении вызывать привыкание и зависимость. ☞

Нередко эти средства называют токсическими. Примером могут быть некоторые вещества, используемые для ингаляций: бензин, ацетон и др.

☞ **Токсикомания** — заболевание, проявляющееся психической (а иногда и физической) зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков. ☞

Все наркогенные вещества (несмотря на их разнообразие) обладают биохимическим сродством с участками головного мозга, составляющими гедонический компонент подкрепления, и, попадая в организм, они атакуют «зоны удовольствия». При этом у организма возникает состояние эйфории.

Внедрение наркотических веществ в обменные процессы в клетках «зон удовольствия» может происходить не сразу. Не случайно первая проба наркогенного вещества часто оказывается безрезультатной (не удалось «поймать кайф») или неприятной. Организм, таким образом, пытается защититься от внедрения «чужака». Каждое последующее использование наркогенного вещества, как удар в закрытые ворота, расшатывает защитные механизмы организма. Рано или поздно ворота рухнут.

У подростков, в силу особенностей их физического развития (физиологическое, психологическое, социальное становление организма), скорость формирования привыкания довольно высока.

Подросток, формально зная об опасности, зачастую продолжает использовать наркогенный препарат. Тем более что, вызывая приятные ощущения, наркотики надевают маску биологической полезности.

Ассортимент психоактивных веществ, осваиваемый современными подростками, постепенно расширяется. Взрослые часто не имеют даже самого поверхностного представления о свойствах одурманивающих препаратов, о том каким образом они используются несовершеннолетним.

Курительные смеси

Республика Коми вошла в число регионов, в которых остро встал вопрос об увеличении масштабов употребления курительных смесей подростками. Подростки и молодые люди все чаще подвергают себя страшной опасности, употребляя вещества, которые губительно воздействуют на организм, в первую очередь, на мозг.

Статистика

Только с 10 по 13 октября 2014 года в Коми выявлено 12 случаев отравления курительными смесями, в половине из них пострадали подростки до 17 лет.

Курительная смесь «Spice» является травяным сбором, который появился в разных странах Европы в период с 2004 по 2006 года. Травы, входящие в состав любой курительной смеси, являются энтеогенами, имеющими психотропное действие.

☞ **Энтеоген** — название неформальной группировки различных субстанций растительного происхождения, содержащих психоактивные вещества, традиционно используемые для достижения измененного состояния сознания и приводящие к опьянению. ☞

Среди популярных растений, использующихся для производства ароматических миксов, можно назвать шалфей предсказателей, дурман, красный мухомор, малую гавайскую древовидную розу, мимозу, гуарану и др. В настоящее время всего в списке 298 растений, содержащих сильнодействующие наркотические или ядовитые вещества.

4 февраля 2015 года Президент России Владимир Путин подписал закон о запрете употребления и пропаганды «спайсов».

Эксперты считают, что каждые два дня появляется новый вид наркотиков. Новые вещества сейчас не сразу попадают под запрет. И пока не доказано, что они разнообразность наркотиков, их можно свободно продавать.

Легкодоступность смесей заключается в их относительно низкой цене и простых способах приобретения. В последние годы в Россию идет непрерывающийся поток курительных смесей. Он расходуется по стране почтовыми отправлениями, но непосредственная торговля ведется через сеть интернет.

Как правило, подросток заходит на известные сайты, торгующие наркотиками, набирая в поисковике несколько ключевых слов, получает контакт, списывается через социальные сети, делает заказ. Ему тут же сообщают номер счета, он оплачивает заказ через терминалы, и ему говорят, где забрать спрятанные наркотики. На слэнге — «поднять закладку», «найти клад».

Для подростков это все представляется интересной игрой. Зачастую информацию считывают со стен домов, когда видят надписи: Легал, Микс, Куреха, План и т.д. и номер «аськи», реже — телефон.

Приобрести смеси можно и у сверстников. Сверстники, одноклассники, которые начинают торговать наркотиками в школе, сразу же становятся заметны, у них появляются новые телефоны, айподы, ноутбуки, они начинают дороже одеваться. К ним обращаются

старшие. Они становятся «теневыми» лидерами и, как правило, у позитивно настроенных детей не хватает аргументации эту ситуацию переломить.

Курительные смеси делятся на две группы:

- **смеси, состоящие из натуральных растений.** Травы перемешиваются между собой в определенных пропорциях и дают так называемый «эффект употребления». Наиболее распространенные:
 - Шалфей предсказателей, из листьев которого получают психоактивный галлюциноген. При его курении эффект длится 2-10 мин., при жевании — 15-120 мин. Длительность галлюцинаций нарастает в зависимости от дозы. Неспособность критически оценивать достоверность собственных переживаний может привести к самоповреждению или агрессии, направленной на окружающих, возможны панические атаки.
 - Малая гавайская древовидная роза, обладает наивысшей концентрацией психоактивных веществ из всего семейства. Длительность опьянения от употребления семян варьирует от 4 до 12 часов с пост-эффектами, продолжающимися примерно в течение дня. Действие этого вещества обычно описывают как «характерно психоделическое». Временное и пространственное восприятие серьезно нарушается, вызывая типичное ощущение галлюцинации.
- **смеси трав, обработанных лабораторно изготовленными химическими веществами** (синтетическими каннабиноидами). В их состав входят экстракты из растительных, травяных сборов, растительные масла, различные ароматизаторы (мед, ваниль, ментол). Помимо синтетических аналогов марихуаны, вызывающих эйфорию, содержат галлюциногены, что приводит не только к серьезному токсическому воздействию на организм, но и к быстрому развитию зависимости.

Эффект после «курения» проявляется в первые секунды, человек испытывает упадок общего физического состояния, ухудшение внимания, апатию, нарушение сна, перепады настроения (из крайности в крайность).

Внешние признаки употребления курительных смесей

- ✓ Изменение сознания: сужение, искажение, помрачение.
- ✓ Изменение настроения: беспричинное веселье, болтливость, смешливость, злобность, агрессивность.
- ✓ Изменение двигательной активности: повышенная жестикуляция, избыточность движений, неусидчивость или обездвиженность, вялость, расслабленность, стремление к покою (независимо от ситуации).
- ✓ Изменение координации движений: неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя (особенно при закрытых глазах), нарушенный почерк.
- ✓ Изменение цвета кожных покровов: бледность лица и всей кожи или, наоборот, покраснение лица и верхней части туловища.
- ✓ Изменение в глазах: блеск, сильно суженные или сильно расширенные зрачки, не реагирующие на свет.
- ✓ Изменение слюноотделения: повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, сухость губ, осиплость голоса.
- ✓ Изменение речи: ускорение, подчеркнутая выразительность, или же замедленность, невнятность, нечеткость речи.

Косвенные признаки употребления смесей и других наркотиков:

- пропуск уроков,
- низкая успеваемость,
- лживость, скрытность,
- уход от любых серьезных разговоров,
- неопрятность,
- вымогательство, наличие долгов, воровство (в т.ч. из дома).

При регулярном употреблении обостряются хронические воспалительные процессы в дыхательных путях, образуются злокачественные опухоли ротовой полости, глотки, гортани и бронхов. Наблюдается проявление психических расстройств, сопровождающихся депрессией и бессонницей, состоянием паники. Спайс вымывает из организма микроэлементы (витамины и биологически активные соединения), что приводит к ухудшению иммунитета, истощению защитных функций, не говоря уже об ухудшении состояния волос, кожи, зубов и костей.

Капилляры мозга сужаются, поэтому кровь не может снабжать мозг кислородом, в итоге клетки мозга умирают. При систематическом употреблении спайсов происходит токсическое поражение головного мозга, снижается умственная деятельность, работоспособность.

Спайс действует и на репродуктивную систему, что может привести к бесплодию.

Поскольку дозу рассчитать очень трудно, даже разовое употребление может привести к летальному исходу или тяжелой инвалидности.

Летучие наркотически действующие вещества

Наибольшей популярностью пользуются легкодоступные средства бытовой химии (растворители, бензин, клей «Момент», дихлофос, морилка и т.п.). Знакомство с этими веществами может происходить уже в младшем школьном возрасте.

Бензин. Вдыхают пары с посуды (смоченной ткани), поднося ее к лицу на 5-10 мин. Сначала у подростка возникает раздражение верхних дыхательных путей (щекотание в носу, в горле, кашель), затем покраснение лица и особенно глазных склер. Зрачки расширяются, пульс учащается, нарушается координация движений.

После 15-30 мин. вдыхания паров бензина ребенок начинает видеть «мультки».

Если ингаляция продолжается больше 15-30 минут, у ребенка или подростка развивается состояние оглушенности. Он перестает замечать происходящее вокруг, как бы отключается от всего. Это состояние чаще всего сопровождается галлюцинациями (у подростков даже существует выражение «смотреть мультки»). Нередко эти галлюцинации носят устрашающий характер. Отношение к ним двойственное — с одной стороны — страшно, с другой — интересно. Обычно галлюцинации прекращаются через 10-30 минут, однако, и

Признаки, свидетельствующие об использовании бензина

- ✓ Запах, исходящий от одежды, кожи, волос (волосы особенно долго сохраняют «запаховый след»), в воздухе, выдыхаемом подростками;
- ✓ Неестественно расширенные зрачки в первые часы после применения бензина, покраснение глазных склер, лица;
- ✓ Кожа землистого оттенка, переносица и веки несколько отечны, волосы ломкие, сухие;
- ✓ «Шмыганье» носом;
- ✓ Нарушение координации движений;
- ✓ Нередко для того, чтобы скрыть факт употребления наркотических средств, подростки могут объяснять запах бензина тем, что они «помогали приятелю отремонтировать машину, красили класс» и т.п.;
- ✓ Шумное, вызывающее поведение.

после этого состояние оглушенности сохраняется.

Находясь в состоянии токсического опьянения, подросток теряет контроль и может закурить. Это приводит к ожогам лица и верхних дыхательных путей, а нередко - к смерти. Систематическое использование бензина обуславливает быстрое развитие нарушения

функций органов дыхания, печени, почек.

Ацетон и т.п. Для одурманивания несовершеннолетние используют пятновыводители, ацетон, газовые зажигалки и т.п. Механизм их использования такой же, как и в случае с бензином. Здесь также возникают «видения», но их характер несколько отличается. Ребенок как бы сам «заказывает» содержание «видения». Как правило, все то, что он видит, отражает то, о чем он раньше с увлечением слушал, читал, фантазировал. Обычно, это сцены сражений, драки, приключения, а также картины сексуального содержания (на языке подростков — «смотреть стриптиз»). Если состояние наркотизации по каким-то причинам прерывается, подростки могут становиться агрессивными, злыми, наносить повреждения окружающим и себе. Внешние признаки использования этих средств такие же, какие в случае с бензином.

Препараты из конопли

На следующем месте после курительных смесей и средств бытовой химии в ряду популярности среди несовершеннолетних находятся препараты из конопли (канабиса). Они имеют множество названий — марихуана, гашиш, анаша. Основное отличие между ними — степень концентрации наркотического вещества (марихуана гораздо «слабее» гашиша) и варианты употребления. Действие препаратов вызывает галлюцинации, может усиливать активность человека, несколько искажает восприятие действительности (поэтому считается, что эти вещества возбуждают воображение). Полного отключения сознания не происходит. Среди молодых людей распространено мнение, что препараты из конопли, особенно гашиш, способствуют сексуальному возбуждению, «усиливают» сексуальные возможности.

Признаки употребления препаратов из конопли

- ✓ «Речевой напор» — неудержимая потребность высказаться;
- ✓ Опухание слизистой оболочки глаз, покраснение склер глаз, губ;
- ✓ Речь ускорена;
- ✓ Неестественный аппетит при выходе из состояния наркотического опьянения: съедают все, что «подвернется под руку»;
- ✓ Сигареты с «травкой» издают специфический запах;
- ✓ Обожженные пальцы, из-за того что «косяки» сгорают особым образом (с одного края).

При курении марихуаны происходит повреждение тканей легких (где накапливаются смолы канабиса). Особой опасности подвергается

репродуктивная система. Установлено, что у мужчин при употреблении марихуаны уменьшается количество спермы, а также меняется ее состав. У девушек знакомство с препаратами канабиса вызывает нарушение менструального цикла. К тому же, эти вещества обладают тератогенными свойствами (могут стать причиной уродств у детей).

Галлюциногены

К группе галлюциногенов относятся ЛСД, «магические грибы» (такие грибы растут в окрестностях Сыктывкара) и пр. Галлюциногены — активные вещества, их небольшое количество способствует быстрому возникновению измененного состояния. Выводятся эти вещества из организма очень быстро.

Признаки употребления галлюциногенов

- ✓ Расширенные зрачки, частый пульс, повышено давление;
- ✓ Задержка, учащение дыхания, повышенное беспокойство и т.п.;
- ✓ В состоянии опьянения — бредят, совершают нелепые поступки;
- ✓ Галлюцинации;
- ✓ Феномен «возврата прошлого» (внезапное повторное переживание галлюцинации, произошедшей несколько дней или недель назад, что вызывает сильный страх, испуг, панику);
- ✓ Нарушается восприятие тела (контуров, размеров и т.п.).

Галлюциногены весьма разнообразны по своему химическому строению. Объединяет их способность вызывать галлюцинации. Предполагается, что эти вещества воздействуют на клетки мозга, вырабатывающие серотонин (вещество, влияющее на настроение, вызывающее различного рода видения).

Амфетамины (психостимуляторы)

Эти вещества впервые были синтезированы в конце 1980-х годов и с тех пор довольно широко использовались как лекарственные препараты, повышающие работоспособность организма, как средство для похудения. Действие амфетаминов очень схоже с действием кокаина. Амфетамины могут быть использованы в виде инъекций, перорально (глотание), а также при вдыхании через нос.

Среди подростков наибольшее распространение находит глотание «колес» — эфедрина («мулька»), первитина («винт»). При их использовании состояния эйфории часто не возникает. Напротив, они

способны вызывать агрессию, неуправляемые вспышки гнева, припадки ярости, направленные как на себя, так и на окружающих (ребенок или подросток может в буквальном смысле слова крушить все вокруг, нередки случаи самоубийств в состоянии опьянения).

В молодежной среде также популярным является «экстази» (наркотик любви, танцующий наркотик, «Адам и Ева»), используемый в виде таблеток, разных по цвету и рисунку. Традиционно вещество используется на концертах или танцевальных площадках.

Знакомство с амфетаминами часто сопровождается «запойми» — в течение нескольких суток

подряд подростки могут не спать, заниматься самыми различными делами, «поддерживая силы» при помощи инъекций. Используя амфетамины кажется, что прошло всего несколько часов, тогда как в действительности пролетели целые сутки.

Цена за такую активность — огромна: в течение «запоя» растрачиваются практически все энергетические ресурсы организма. За несколько дней подросток может потерять 10-15 кг веса, превратиться в маленького изможденного «старичка».

Попадая в организм, эти вещества очень быстро достигают мозга. Там амфетамины «заставляют» нервные клетки активно вырабатывать биологически активные вещества. Повышенная активность нейронов, в свою очередь, и обуславливает «неутомимость».

Препараты действуют и на структуры вегетативной нервной системы, регулирующей работу внутренних органов. При этом учащается пульс, дыхание, повышается давление, усиливается потливость, кровоснабжение мышц, повышается их тонус. Возникает ощущение, что любая работа «по плечу» (сверхактивность без чувства усталости).

Истощение нервной системы возникает довольно быстро. При этом развивается состояние депрессии, подавленности, полного упадка сил. Переживание этого состояния часто оказывается очень тяжелым испытанием, и человек совершает попытку самоубийства.

Неизгладимые последствия даже при непродолжительном использовании амфетаминов — нарушение работы сердечно-сосудистой системы, мозга, истощение нервной системы.

Опасность использования амфетаминов значительно возрастает за

Молодежное движение «Straight edge» — при входе внутрь клуба достигшим совершеннолетия рисуют на руке крест, это означает, что им нельзя предлагать алкоголь и т.д. Некоторые молодые «совершеннолетние» люди, радеющие за здоровый образ жизни, специально рисуют себе такой крест.
--

счет того, что при изготовлении препаратов «в домашних условиях» (главным образом, варки «винта») часто добавляются для увеличения массы товара различные вещества (моющие средства, гипс, пудра и т.п.).

Признаки употребления амфетаминов

- ✓ Лицо бледное, волосы дыбом;
- ✓ Огромные глаза, широкие зрачки, на лице «написан» ужас;
- ✓ Сухость кожных покровов;
- ✓ Усиленная потливость, частый пульс и дыхание, повышенное давление;
- ✓ Быстрая речь, постоянные порывистые движения, подросток не может ни стоять, ни сидеть;
- ✓ Искаженное восприятие времени;
- ✓ Резкая потеря в весе, нарушение водного баланса;
- ✓ Вспышки гнева, агрессии, ярости;
- ✓ Истощение нервной системы: вялость, депрессия, подавленность, настороженность, попытки суицида.

Опиаты

Героин. Он относится к разряду опиумных препаратов (опиум — вещество растительного происхождения, получаемое из мака).

Героин вызывает сильный эйфорический эффект и способен обуславливать очень быстрое развитие зависимости. Нередко для этого достаточно единственной пробы вещества. При этом у человека возникают мучительные абстинентные ощущения — «ломка».

Традиционный способ применения опиатов — курение (опиум), вдыхание через нос и инъекции (героин). Уколы делают в плечо, предплечье, подмышечную, подколенную впадину, сосуды ступни, подъязычную впадину. Причем следы от уколов специально «расчесываются», всем же «любопытствующим» сообщается, что это — следы от укусов насекомых. При введении наркотика первоначально возникает легкое чувство покалывания в теле (отсюда и выражение «сидеть на игле»). Этот период подростки обозначают как «приход». Он длится от 5 секунд до 2 минут — теплая волна идет изнутри, наркоман ощущает восторг, у него наблюдается состояние озарения, очарования, «розовости», он добр и великодушен. Подросток как бы сам может управлять процессом визуализации — представлять то, что ему кажется особенно привлекательным («что хочу, то и вижу»). Еще 3-4 часа он будет вялым, спокойным. Подросток стремится уединиться (седативная фаза), рисует образы, фантазирует. Если в этот момент его потревожить, то может убить. Выход из состояния наркотического

опьянения — «отход», сопровождается слабостью, вялостью, тошнотой.

Привлекательность опийного опьянения заключается и в том, что сознание остается непомятым, подростки ориентируются в окружающем мире. Они крайне агрессивно относятся к тому, кто нарушает это состояние («ломает кайф»).

Признаки употребления опиатов

- ✓ Лицо бледное, кожа сухая, язык сухой, речь замедлена;
- ✓ Волосковый синдром (лицо становится пушистым);
- ✓ Зуд кончика носа, боков шеи, верхней части туловища;
- ✓ Суженные зрачки (как точки), зачастую скрытые темными очками;
- ✓ Резкие и частые перепады настроения и общей активности;
- ✓ Во время опьянения — малоподвижны, ленивы («состояние умиротворения»);
- ✓ Неестественный аппетит при выходе из состояния наркотического опьянения: съедают все, что подвернется под руку;
- ✓ Сигареты с «травкой» издают специфический запах;
- ✓ Обожженные пальцы, т.к. болевая чувствительность снижена.

Риски — передача инфекционных заболеваний через кровь при героиновых инъекциях; быстрое развитие привыкания. (Единичная проба героина способна привести к возникновению зависимости от препарата). Применение опиатов серьезно отражается на состоянии сердечно-сосудистой системы, печени. Человек теряет интерес к жизни, становится апатичным, не способным ни к какой серьезной деятельности. Весьма серьезной проблемой, связанной с употреблением опиатов, сегодня является широкое распространение «дизайнерского» и «переделанного» героина.

Компоненты, входящие в состав препарата, при распаде превращаются в мощный токсикант, разрушающий структуры нервной системы. Это, в свою очередь, может приводить к неврологическому расстройству, по своим симптомам напоминающему болезнь Паркинсона. К тому же, такой «дизайнерский» препарат может быть в десятки раз мощнее, чем обычный героин (риск передозировки). Продукты распада опиатов выделяются из организма довольно быстро, однако следы одурманивания могут сохраняться в моче до четырех дней после употребления.

Способы употребления психоактивных веществ

Одно и то же наркотическое вещество может использоваться по-

разному. От способа приема в большой степени зависит сила воздействия вещества.

Наиболее типичные способы приема: прием через рот, инъекции, ингаляции. Менее распространенные способы: вдыхание, помещение под язык и проникновение через кожу.

Глотание (пероральный механизм)

После проглатывания вещество поступает в желудок и оттуда проникает в кровь. Кровь разносит его по всему организму.

Скорость и мощность опьяняющего эффекта напрямую будут зависеть от «наполненности» желудка. Чем больше пищи, тем медленнее происходит поступление вещества в кровь и менее выражен результат одурманивания.

Пищеварительные ферменты, выделяющиеся в желудке и кишечнике, способны частично разрушать наркотенный препарат, снижая тем самым мощность его воздействия.

Инъекции

Они могут быть подкожными, внутримышечными и внутривенными. Подкожные инъекции обычно используют те, кто только-только «садится на иглу». При внутримышечной и внутривенной инъекции скорость достижения эйфории максимальна, препарат почти мгновенно попадает в кровь. Практически все введенное количество наркотика достигает структур нервной системы, очень быстро формируется психическая и физическая зависимость.

К тому же, при инъекциях есть риск внесения инфекции прямо в кровь. «Профессиональными» для наркоманов болезнями стали СПИД и гепатит.

Ингаляции

Ингаляция обладает весьма мощным разрушительным действием. При этом способе наркотенное вещество проникает в кровь через мембрану легких. Эйфорический эффект возникает быстро и почти все вещество достигает структур нервной системы. Даже небольшой опыт подростков-любителей «химки» имеет весьма плачевные результаты: резкое ухудшение интеллектуальных способностей, невротические нарушения, психические расстройства. Усвоение веществ, входящих в состав спайсов, также происходит через слизистую оболочку полости рта и через легочные пузырьки. Из легких очень быстро — уже через 7-11 секунд — попадает в мозг, вызывая разрушение нервных клеток. В первую очередь от употребления курительных смесей страдает

человеческая психика, воздействие на нее оказывается такое же, как и при применении сильнодействующих наркотических веществ. При частом употреблении «спайса» появляются галлюцинации, тревога, рвота, чувство панического страха. Очень часто любители «покурить» попадают в психиатрические клиники с психозами, частичной или полной потерей памяти, впадением в кому.

Вдыхание через нос

Таким способом применяют порошкообразные наркогенные препараты. При этом возникает сильное раздражение тканей носовой полости, нарушается кровообращение. Вдыхание через нос может привести к мгновенному спазму сосудов, обеспечивающих питание головного мозга. А это, в свою очередь, может вызвать потерю сознания, остановку дыхания, сбой в работе сердца.

Влияние возрастных особенностей на отношение к употреблению психоактивных веществ

8-10 лет. Детей интересует все, что связано с наркотиками (их действие, способы употребления).

Наркотики — неизвестный и запретный мир и, как все незнакомое и запретное, вызывает любопытство. Знания о наркотиках отрывочны, чаще всего получены со слов друзей и случайных приятелей.

Наркотики пробовали употреблять единицы, возрастных группировок, принимающих наркотики как норму, пока еще нет.

Активное употребление чаще всего связано с токсическими веществами (токсикомания). Иногда детей этого возраста вовлекают в более взрослые сообщества на правах распространителей.

11-13 лет. Основной возраст начала наркомании. Интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков.

О наркотиках подростки этого возраста знают многое, информация черпается из рассказов знакомых, из интернета. Знания часто носят недостоверный характер. Отношение к наркотику сопровождается «ореол привлекательности», бравады. Опасность употребления наркотиков недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

Первые эпизоды наркотизации и алкоголизации у подростков связаны с безнадзорностью, не критичным отношением к поведению окружающих. Так как в этом возрасте наиболее доступны лекарственные и бытовые средства (бензин, клей, зубные пасты, таблетки и др.), и в то же время имеется заблуждение, что они менее

вредны и опасны, то именно эти средства и оказываются тем, с чего начинается употребление психоактивных веществ.

14-17 лет. Наиболее опасный возраст для начала экспериментирования с любыми ПАВ. Его часто называют возрастом независимости. Опыт знакомства с наркотиками происходит на дискотеке, молодежной вечеринке, в компании друзей, в подворотне — в изолированных от влияния взрослых пространствах. У большинства возникает либо личный опыт употребления того или иного наркотика, либо опосредованный — через близких знакомых и друзей. Вместе с расширением и объективизацией информации о наркотиках и риске злоупотребления ими формируется определенное отношение к наркотику.

Можно выделить **пять групп отношения к психоактивным веществам:**

«Употребляющие и втягивающие других»	<p>Употребление считается признаком уверенности, независимости, силы. Активный интерес к наркотикам приобретает прагматический смысл: исследуются различные формы психоактивных веществ, идет поиск путей повышения эффекта при одновременном снижении риска.</p> <p>Вовлечение других в среду употребляющих наркотики может быть связано с убеждением полезности, или быть продиктовано негативными стремлениями: нанесением вреда, разрушением имиджа «чистоты», материальной выгодой (распространение наркотиков за возможность скидок при покупке для себя)</p>
«Употребляющие, но понимающие опасность»	<p>Не стремятся распространять наркотики, себя считают жертвами. Многие хотели бы избавиться от пагубной привычки, но им не хватает силы воли преодолеть возникшую зависимость или внешние обстоятельства. В этой группе есть и такие, кто идет на сознательное саморазрушение, пытаясь, таким образом, что-то доказать миру</p>
«Активные противники»	<p>Это самая малочисленная группа, позиция ее представителей: «Я никогда не буду употреблять наркотики и буду противостоять распространению этого зла среди моих друзей».</p> <p>Иногда эта позиция основана на знаниях, чаще — на эмоциональном отражении. Во втором случае — «грамотный наркоман» может поколебать уверенность активного противника</p>

«Равнодушные противники»	Для этой группы характерен отказ от употребления наркотиков при допущении употребления наркотиков другими: «Я наркотики не употребляю, а другие меня не касаются. Хотят травиться — их дело»
«Не определившие свое отношение к наркотикам»	Члены этой группы выступают потенциальными участниками четырех предыдущих

Мотивы употребления психоактивных веществ подростками

В современной отечественной литературе при описании мотиваций употребления психоактивных веществ используется несколько классификаций. По нашему мнению, наиболее точно отражает все мотивы употребления наркотиков классификация, предложенная И.В. Воеводиным², включающая 12 мотивов.

1. **Традиционный (культуральный) мотив.** В рамках нашей культуры он может быть указан только в отношении употребления алкоголя в связи с общепринятой традицией, питейным ритуалом. Культурально обусловленного употребления каких-либо наркотиков (что имеет место, например, в некоторых субкультурах Азии) у нас не существует.
2. **Мотив ухода от общественных проблем** (т.е. от проблем с учебой, с осуществлением различных планов). Смягчение или устранение явлений эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения; расслабление.
3. **Мотив ухода от домашних проблем** при помощи изменения своего состояния химическими средствами.
4. **Конформный мотив** — употребление «под уговорами», «потому что все так делают». Подчинение давлению группы, неспособность отказаться, зависимость от мнения людей.
5. **Подражательный мотив** — употребление из желания походить на уважаемого, значимого для данного подростка человека.
6. **Мотив получения психофизического удовольствия** (гедонистическая мотивация).
7. **Мотив «просто от скуки»** (мотивация поиска стимулов,

² Воеводин И.В. Социально-психологические особенности и клиническая динамика этапов формирования опийной наркомании у подростков / Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск, 2000.

гиперактивации поведения).

8. **Познавательный мотив** (поиск новых впечатлений). Указывается как мотив первого знакомства с алкоголем или наркотиками. Для алкоголя — может рассматриваться и как желание приобщиться к общепринятой питейной культуре (либо субкультуре, в том числе с явным завышением роли алкоголя), и как желание испробовать стимулирующий, «веселящий», расслабляющий эффекты этанола, и как желание удовлетворить чистое любопытство.
9. **Коммуникативный мотив** (устранения проблем в общении). Может переключаться с другими мотивами, но также выделяется школьниками как ведущий или единственный.
10. **Мотив демонстративный** (произвести впечатление, показать себя героем).
11. **Мотив асоциальный** (по принципу «запретный плод сладок» или назло родителям, учителям).
12. **Зависимость от психоактивного вещества**, никогда не указывается в качестве причины собственного употребления. Остальные одиннадцать мотивов называются школьниками и при ответе на вопрос о причинах употребления алкоголя и наркотиков людьми вообще, и при ответе на вопрос о причинах собственного их употребления.

Необходимо отметить, что в последнее время у подростков доминирует «познавательный мотив употребления». Неправильно выстроенная профилактическая пропаганда наркомании стимулирует интерес и желание их попробовать. Знание данного социально-психологи-ческого фактора риска развития психоактивной зависимости у подростков и его учет при проведении профилактических мероприятий становится крайне важным.

Модели формирования аддиктивного (зависимого) поведения

Успокаивающая модель

Это один из наиболее распространенных вариантов применения наркотических, токсикоманических веществ, алкоголя.

Цель — стремление избавиться от тревоги, депрессии, напряжения; обрести душевное успокоение; добиться эмоционального комфорта; забыться; уйти от действительности, от нерешенных житейских трудностей (утрата значимого человека, разочарование в любви, дружбе).

Группа риска. Недостаточно приспособленные, плохо

адаптирующиеся к новой среде, нерешительные, сомневающиеся, мнительные, пугающиеся всего нового, постоянно тревожные подростки. Они не умеют налаживать необходимые отношения с взрослыми, сверстниками, поэтому в качестве «спасательного круга» могут использовать психоактивные вещества.

Характерные особенности. Для этой модели поведения характерны высокий уровень психодинамической напряженности, преобладание пониженного настроения, нередко раздражительность, мрачность.

Угроза. Обнаружив, что успокаивающие и другие ПАВ способны смягчить переживания, связанные с предстоящими или воображаемыми трудностями, могут в определенных ситуациях прибегнуть к их поддержке. Использование психоактивных веществ при малейших препятствиях на жизненном пути со временем может превратиться в привычку и стать постоянной формой бегства от реальности.

Коммуникативная модель

Цель — стремление удовлетворить потребность в общении (в т.ч. с противоположным полом), любви, доброжелательности; преодолеть чувство замкнутости, стеснительности, скованности; приобрести уверенность, безопасность, свободу в поступках, самовыражении.

Группа риска. К этой модели чаще прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки с выраженной интровертированностью, пребывающие в вымышленном мире собственных схем и фантазий, склонные к уединенности.

До 30% всех алкоголиков начинают с привычки принимать «допинг» перед общением, в особенности с лицами противоположного пола

Характерные особенности. Прием психоактивных веществ помогает преодолевать барьеры в общении со сверстниками, взрослыми за счет того, что в состоянии опьянения появляется ощущение раскрепощенности, уверенности в собственных действиях. Подростки используют ПАВ как допинг перед общением, в особенности с лицами противоположного пола.

Угроза. Психоактивные вещества стимулируют фантазирование или облегчают столь трудный для подростков процесс общения. В этой связи они легко привыкают к опиoidным препаратам, а в младшем подростковом возрасте — к ингалянтам.

Активирующая модель

Цель. А. В одних случаях — поднятие тонуса, увеличение активности. Б. В других случаях — выход из состояния скуки,

душевной пустоты и бездействия.

Группа риска. А. Подростки, отличающиеся преобладанием приподнятого настроения, жаждой деятельности, повышенной словоохотливостью, неугасимым оптимизмом, склонностью к риску, острым ощущениям, неразборчивостью в выборе знакомств, податливые влиянию приятелей из стихийно формирующихся групп.

Б. Подростки с постоянным сниженным настроением, у них нередко возникает желание добиться его улучшения с помощью алкогольных напитков или стимуляторов.

Характерные особенности. Подростки тянутся ко всему, что «бьет по мозгам». Алкоголизация или прием наркотика создает у подростка впечатление прекрасной приспособленности и вполне удовлетворительной самореализации.

Угроза. А. Все психоактивные вещества, вызывающие подъем настроения, созвучны натуре этих подростков, и они легко становятся на путь их употребления. Для подростков характерен «поисковый полинаркотизм», они стремятся попробовать как можно больше разных предлагаемых им препаратов.

Б. Алкоголь и стимуляторы чаще всего не дают желаемого результата. Более того, алкоголь нередко углубляет депрессию. Стимуляторы же у этих подростков скорее вызовут тревогу и беспокойство, чем поднимут настроение. Успокаивающие средства (транквилизаторы) улучшают настроение и уменьшают степень актуальности жизненных трудностей, в связи с чем пристрастие возникает именно к ним.

Гедонистическая модель

Цель — получение удовольствия, создание приятных ощущений психического и физического комфорта.

Группа риска. Слабовольные подростки, не способные к самостоятельности, постоянно ищущие удовольствий, праздности, развлечений.

Характерные особенности. Подросток создает фантастический мир галлюцинаторных образов, переживает блаженное состояние эйфории (например, при вдыхании бензина, паров клея и других ингалятов).

Угроза. Будучи не в силах занять себя сами, они все время нуждаются во внешней стимуляции. Подростки с поведением данной модели

получают удовольствие с помощью химических средств и отличаются неумением получить «удовольствие» социально приемлемыми способами (с помощью спортивной, творческой и иной активности).

Если наркотическое опьянение даст желаемое наслаждение, то это довольно легко и быстро приведет к формированию болезненного пристрастия.

Конформная модель

Цель — стремление подражать лидерам группы, не отставать от сверстников, быть принятыми группой.

Группа риска. Живое на все реагирующие и впечатлительные подростки с часто меняющимся настроением начинают употреблять психоактивные вещества под влиянием референтной группы, от которой они сильно зависят.

Характерные особенности. Чтобы самоутвердиться в группе, укрепить свой социальный статус, подростки вынуждены разделять со своими товарищами всю их активность, в т.ч. и касающуюся психоактивных веществ.

Угроза. Развитие этой модели связано с желанием подростка некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому он принадлежит. Эйфоризирующее действие ингалянтов, способствующее оживлению фантазий, делает эти вещества особенно привлекательными для подростков.

Манипулятивная модель

Цель — использование психоактивных веществ для манипулирования другими детьми, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ.

Группа риска. Эмоционально возбудимые, упрямые подростки с демонстративным поведением, склонные к бурным вспышкам аффекта, неожиданным действиям и поступкам, решению конфликтов с помощью грубой физической силы.

Характерные особенности. Подростки посредством психоактивных веществ пытаются подчинить себе ситуацию, успешно выступить в роли лидера. Демонстративные подростки охотно пользуются наркотиками и алкоголем, например, желая привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью добиться лидирующего положения.

Угроза. С первого опыта знакомства с алкоголем или другими токсическими веществами стремятся добиться «полного отключения». Начиная употреблять те или иные наркотические вещества, легко оказываются в зависимости от них. В состоянии опьянения они утрачивают контроль над своим поведением, затевают ссоры, вступают в конфликты, в драках наносят тяжелые повреждения.

Компенсаторная модель

Цель — стремление компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонию характера.

Группа риска. Подростки, характеризующиеся эгоцентризмом, капризностью, демонстративностью, потребностью в признании, самовосхвалением.

Характерные особенности. Подросткам свойственно стремление быть в центре внимания. Ради популярности готовы совершить те поступки, которые сами не одобряют. У них создается ощущение, что они «легко» справляются с трудностями, избегая при этом неприятных переживаний. Рано подчиняются предлагающим попробовать «курево», напитки, любые психоактивные вещества.

Угроза. Употребление токсических и наркотических веществ в рамках этой модели связывают со специфическими музыкальными пристрастиями, азартными играми, игральными автоматами, беспорядочными половыми контактами. Подростки обнаруживают особую склонность к стимуляторам, привлекательными для них могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы. Возникновению у них привыкания способствует стремление покрасоваться, продемонстрировать выносливость к спиртным напиткам, показать свою способность «всех перепить».

Если же рассматривать аддиктивное поведение не в индивидуальном, а в групповом аспекте, то «первым узлом» следует считать повышенный интерес к наркотикам в группе, означающий опыт общения с употребляющими их людьми, возникновение любопытства и готовность испытать новые ощущения. Отсюда — один шаг до реализации этого желания. Вскоре кто-то из группы сделает этот шаг, «подстегнет» других, и в группе кроме мотива любопытства появятся мотивы «походить на товарищей», «быть как все», «под уговорами», а также будет найден «путь» для решения различных проблем — путь ухода. «Пропущенное» появление нездорового интереса к проблеме употребления психоактивных веществ приводит к формированию благодатной почвы для наркомании в массовом масштабе и в итоге — к тотальной вовлеченности группы в употребление наркотиков.

До того как «приятные» представления о наркотике становятся конкретными ощущениями (не говоря уже о развитии зависимости), на стадии «повышенного интереса», «готовности», кого-то может остановить объективный анализ проблемы, кого-то — угроза сообщения родителям. Разумеется, после первого укола, получения

первых впечатлений и конкретного желания их повторить остановить запущенный процесс гораздо сложнее.

Этапы формирования зависимости от психоактивных веществ

Этап I. Эксперимент. На этом этапе молодые люди исследуют изменения своего настроения, которое происходит под влиянием употребления психоактивного вещества.

Этап II. Периодическое употребление. Этап периодического потребления порой называют стадией контролируемого приема или социального алкоголизма. Прием психоактивного вещества осуществляется в связи с какими-либо обстоятельствами. Причины, которые побуждают принимать наркотическое вещество, могут быть самыми различными. Как правило, тип психоактивного вещества определяется социальным контекстом. Периодическое потребление характеризуется известной степенью самоконтроля за частотой потребления и дозировкой. Подросток пока еще способен решать, принимать ему наркотики или отказаться в том или ином случае.

Этап III. Регулярное потребление. Следующим этапом формирования психоактивной зависимости является регулярное потребление, которое возникает из потребности принять дозу алкоголя или наркотика. На этапе эксперимента или периодического приема подростки стремятся получить приятные ощущения или чувство эйфории. Разумеется, мотивы принятия наркотика могут быть различными, но, как правило, молодых людей привлекает возможность менять свое настроение в надежде чувствовать себя по-особенному. Начиная с III этапа наблюдается явление, которое можно назвать «самолечение». Прием наркотиков происходит не только чтобы получить положительные эмоции, теперь употребление наркотиков служит для избавления от плохих чувств, состояний, переживаний.

Этап IV. Навязчивая идея. На этапе навязчивой идеи подростки в значительной степени полагаются, прежде всего, на то, что наркотики — средство избавления от негативных эмоций. Здесь подростки начинают терять контроль над собой. Ситуации служат оправданиями их действий. Ситуации, побуждающие подростков к приему психоактивного вещества, делят на внешние и внутренние. К числу внутренних относятся волнение, беспокойство, которые толкают подростка выпить вина или принять наркотик. В этом случае решение

прибегнуть к помощи наркотиков может возникнуть почти автоматически. Ключевым моментом является формирование навязчивой идеи, человек начинает идентифицировать себя с приемом алкоголя и наркотиков. Другой характерной чертой этапа является тенденция проводить меньше времени с теми друзьями, которые не пьют и не принимают наркотики.

На ранних этапах (экспериментальном и регулярного потребления) подросток, принимающий наркотики, может иметь равное количество друзей наркоманов и ведущих здоровый образ жизни. Но на этапе формирования навязчивой идеи он тяготеет к людям, которые пристрастились к наркотикам, окружает себя подобными. Его главной целью становится всегда иметь для себя дозу под рукой. Подростки тратят много сил на то, чтобы обеспечить себе доступ к наркотическим веществам, сделать запасы.

Этап V. Формирование психофизиологической зависимости. Последним этапом в формировании пристрастия к алкоголю или наркотикам является психофизиологическая зависимость. Для него характерным является полная потеря контроля. Об этом говорилось уже на этапе формирования навязчивой идеи. Это не означает, что человек со сформировавшейся психофизиологической зависимостью будет принимать наркотическое вещество до тех пор, пока либо деньги, либо наркотик не кончатся. Все выглядит несколько иначе. Многие психофизиологически зависимые алкоголики и наркоманы временами могут контролировать дозу наркотика, т. е. ведут себя так, как это происходит на этапе регулярного потребления. На самом деле такое поведение дается им с большим трудом, а делают это они для того, чтобы «прилично» выглядеть в глазах друзей, чтобы убедить родственников, что у него (нее) нет проблем с алкоголем или наркотиками. Важно заметить, что в таких ситуациях невозможно предположить, какая доза и каким образом повлияет на того или иного человека. Другой характерной чертой психофизиологической зависимости является самолечение. Возникая на этапе навязчивой идеи, здесь оно становится главным поведенческим мотивом. Начинают сказываться последствия длительного и избыточного приема алкоголя и наркотиков, что влечет дальнейшую деградацию личности. Это проявляется в различного рода физических болях и хронических эмоциональных переживаниях. На этапе психофизиологической зависимости становится трудно воспроизвести положительные моменты, моменты эйфории, которые прежде мотивировали поведение. Вместо эйфории психофизиологически зависимый человек

получает лишь непродолжительную передышку от физических и душевных страданий. Теперь его главной задачей становится стремление получить возможность чувствовать себя нормально.

Последствия употребления психоактивных веществ



Амнезия





Ответ на один из самых распространенных вопросов «Почему человек становится наркоманом?» предельно прост – «Обычно никто не рассчитывает, что станет им. Невозможно однажды встать утром с постели и сразу решить стать наркоманом».

Уильям Берроуз

Глава 2

SOS!!! НАРКОМАНИЯ!

Факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ у подростков

Различают следующие группы факторов риска развития психоактивной зависимости у подростков: общественные, «школьные», семейные, средовые, индивидуальные.

☛ Под фактором риска развития наркомании понимается условие, при реализации которого возможно развитие зависимости от психоактивных веществ. Знание конкретных факторов риска необходимо, чтобы можно было адекватно предупредить их формирование или предотвратить реализацию факторов риска. ☛

Общественные факторы риска

Для того чтобы понять суть действия ведущих общественных факторов риска развития зависимости от психоактивных веществ, достаточно вспомнить, что, например, в Таиланде, Объединенных Арабских Эмиратах, КНР при наличии у населения личностных (инфантильность), семейных (неполные, асоциальные, педагогически несостоятельные семьи), групповых (формирование неформальных групп, состоящих из инфантильных подростков) факторов риска

практически отсутствуют наркоманы. Объясняется все достаточно просто: в этих странах жесткое антинаркотическое законодательство — за незаконные операции с наркотиками предусмотрена смертная казнь, причем приговор обжалованию не подлежит и приводится в исполнение спустя 4-12 часов после оглашения.

В Российской Федерации антинаркотическое законодательство характеризуется особой лояльностью, что, с одной стороны, не препятствует быстрому расширению незаконного оборота наркотиков на ее территории, а с другой, — не позволяет правоохранительной системе эффективно ему противодействовать. Именно лояльность антинаркотического законодательства можно считать еще одним общественным фактором риска развития наркотизации населения.

Также к общественным факторам риска можно отнести недостаточную эффективность работы правоохранительных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков, что можно объяснить проблемами российского законодательства (не только уголовного, но и уголовно-процессуального).

Экономическое состояние общества является одним из общественных факторов риска наркотизации. Большинство предприятий не хотят брать на работу молодых специалистов без опыта, подросткам трудно найти легальную работу, и когда предлагают заработать приличные деньги перевозкой из пункта «А» в пункт «Б» некоего свертка, то, даже предполагая, что в нем находятся наркотики, многие соглашаются.

Такому развитию событий способствуют, во-первых, крайне низкое правосознание, во-вторых, жестокость населения: человек, который мог поискать другой заработок, зная, что везет наркотики в количестве достаточном, чтобы все население «посадить на иглу», что погибнут чьи-то дети, все равно выполняет порученное.

Нельзя сбрасывать со счетов неадекватно проводимую антинаркотическую пропаганду и определенную «рекламу» наркотиков в средствах массовой информации, особенно в век массовой интернет-доступности, где нет ни возрастных, ни моральных, ни других цензов.

Пример

- Идет передача для подростков, вероятно, с благой целью формирования негативного отношения к наркотикам в студию приглашена наркоманка «со стажем». Что же видят подростки? На возвышении сидит девушка модно и аккуратно одетая, с красивым макияжем (хорошо наложенным профессиональным студийным гримером), при этом она «томно вешает», особо подчеркивая, что наркотики она принимает только иногда — «для кайфа», так как исключительно при их употреблении можно полностью получить великолепные ощущения от секса, почувствовать жизнь, стать интересной. Неужели вы

будете так наивны и посчитаете, что зрительская аудитория вынесет из этой передачи информацию о вреде наркотиков? Вовсе нет. Вывод будет следующим: наркотики — это здорово, их стоит иногда принимать.

- С лекцией антинаркотического содержания пришел в школу сотрудник правоохранительных органов. Естественно, что акцент в изложении проблемы он будет делать на тех аспектах, которые ему хорошо известны: будешь употреблять наркотики — будешь сидеть в тюрьме, умрешь от передозировки, умрешь от СПИДа. Однако лекция читается в аудитории, слушатели которой, в силу своего возраста, если и начали уже употреблять психоактивные вещества, то, как правило, имеют небольшой «стаж», или знают недавно начавших потребителей, а это значит, что излагаемые лектором проявления ими не наблюдались. «Васек, Колян, Серега, Машка употребляют, и никто из них в тюрьме не сидел, от «передоза» не умер, СПИДа у них нет». Следовательно, обратившись к своему личному опыту, участники беседы быстро приходят к выводу: все, что им говорит лектор — абсолютная чушь, он просто «жизни не знает». И после этого, даже если в лекции (беседе) есть значимая информация, она никак не будет воспринята аудиторией. Понятно, что задачи просветительской работы оказались не решенными.

К общественным факторам риска относится и «мода на наркотики» в молодежной субкультуре, хотя в последнее время все-таки более модным стало быть сильным и здоровым.

«Школьные» факторы риска

Школа сегодня — серьезный психогенный фактор. Специалисты считают, что 20–40% негативных влияний, ухудшающих здоровье детей, связано со школой, с некомфортными условиями процесса обучения.

Выделяют следующий комплекс педагогических факторов риска (ранжированы по силе влияния):

Стрессовая педагогическая тактика. Наиболее значимым из педагогических факторов риска является стрессовая педагогическая тактика, поскольку стресс, испытываемый ребенком из-за гонки, ограничения времени, неудач, неудовлетворенности взрослых (и педагогов, и родителей), длится бесконечно. Система окрика («Опять все тебя ждут!», «Опять ты не выполнил задание!» или «Ну что это за почерк!», «Ты опять не успел», «Совсем не стараешься», «Откуда таких понабирали») становится типичной и в конечном итоге приводит к сильнейшему стрессу.

Интенсификация учебного процесса. Интенсификация учебного процесса идет различными путями. Первый, наиболее явный — увеличение количества учебных часов. Фактическая учебная школьная нагрузка, особенно в лицеях, гимназиях, в классах с углубленным изучением ряда предметов, составляет в начальной школе 6,2–6,7 часов в день, в основной школе 7,2–8,3 часов в день, в среднем звене 8,6–9,2 часа в день. Вместе с приготовлением домашнего задания рабочий

день современного школьника составляет 9-10 часов в начальной школе, 10-12 в основной и 13-15 в средней. Увеличение учебной нагрузки неизбежно нарушает режим, ведет к резкому сокращению сна и отдыха, вызывает утомление и тревогу

Есть второй вариант интенсификации — реальное уменьшение количества учебных часов при сохранении или увеличении объема учебного материала, что приводит к увеличению домашних заданий, и также к перегрузкам и утомлению. Микросимптоматика переутомления может быть четко не выражена, а такие его проявления как раздражительность, плохой сон, плаксивость, неустойчивость внимания, низкий уровень работоспособности часто принимаются за лень, нежелание учиться, отсутствие старательности.

Несоответствие методик и технологий обучения возрастным, психологическим и функциональным возможностям детей.

Фактически все то, что касается скоростных характеристик деятельности, и есть отражение несоответствия методики возрастным и функциональным возможностям ребенка. Ярким примером такого несоответствия может служить используемая в начальной школе методика обучения безотрывному письму.

Нерациональная организация учебной деятельности. Сокращение перемен, отсутствие часа активного отдыха после третьего урока, концентрация контрольных и самостоятельных работ в один день, характерная для современной школы нерациональная организация урока. Школьники всех классов недосыпают 1,5-2,0 часа в 80-90% случаев.

Какое-то время ребенок может выдержать такую напряженную жизнь, а потом жертвует — или школой (исчезает мотивация: стал лениться, не хочет учиться, не старается), или здоровьем.

Функциональная неграмотность педагога. Еще одним фактором риска для ребенка является сам учитель. Он может знать свой предмет, но может не знать ребенка, его возрастные и индивидуальные особенности, его возможности. Школе необходим педагог, осознающий свою ответственность за эмоционально-комфортное развитие и здоровье школьника, а не только за знания, педагог, умеющий отстаивать интересы ребенка.

Семейные факторы риска

Наследственная отягощенность. Значение генетической предрасположенности к развитию зависимости от психоактивных веществ не вызывает сомнений. У 63% больных наркоманией отмечено наличие кровных родственников, страдающих алкоголизмом или

наркоманией. Таким образом, есть достоверная передача по наследству отягощенности данными заболеваниями.

Тем не менее, генетические исследования в наркологии продолжаются, изучается механизм наследственной передачи наркологической патологии. В целом результаты этих исследований можно представить кратко следующим образом.

В структуре головного мозга есть специальные рецепторы, которые улавливают и реализуют действие психоактивных веществ, в том числе и вырабатываемых в самом организме — эндорфинов. Если в структуре мозга на единицу его объема таких рецепторов много, то зависимость от вещества будет развиваться очень быстро. Если таких рецепторов мало, то зависимость или не разовьется вовсе, или течение заболевания будет легким с возможностью отказа от приема психоактивного вещества. Именно структура мозга (много или мало рецепторов к эндорфинам) передается по наследству по правилам генетического распределения. Таким образом, передается именно склонность не к какому-то конкретному виду зависимости (алкоголизму, гашишизму и др.), а к развитию зависимости от психоактивных веществ.

Алкогольный, «наркоманический» плод. Таким термином обозначают ребенка, которого вынашивает мать, не прекратившая после наступления беременности употреблять алкоголь или наркотики.

Поскольку плод и мать имеют практически общую кровеносную систему (через пуповину и плаценту ребенок получает вещества из материнской крови), все поступающие в организм матери психоактивные вещества поступают в кровь ребенка, приводя к токсическому поражению.

В зависимости от потребляемой дозы и кратности приема алкоголя или наркотиков, плод может погибнуть на ранних или поздних сроках внутриутробного развития, может родиться с явными или скрытыми дефектами, например, неполноценность мозга, проявляющаяся различными степенями умственной отсталости. Наиболее часто происходит следующее: после нескольких часов внеутробной жизни у ребенка, который родился внешне здоровым, появляются повышение температуры, нарушение сердечной деятельности и дыхания, судороги — проявления состояния отмены алкоголя или наркотиков. Ребенок рождается со второй или третьей стадией наркомании или алкоголизма, потому что кроме физической зависимости от вещества у ребенка наблюдается поражение печени, мозга. В этих случаях мы имеем дело с действием биологического фактора — токсической вредности, приведшей к внутриутробному развитию болезни.

Необходимо понимать следующее: несмотря на то, что биологические факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ достаточно хорошо изучены, они относятся к практически неуправляемым, повлиять на них сложно, соответственно, предложить результативный комплекс профилактических мер с их учетом не представляется возможным.

Проявлению наследственной отягощенности способствуют особенности воспитания детей в семьях.

Наиболее высокий риск формирования аддиктивной личности в неполных семьях, особенно в случаях, когда в первые годы жизни ребенок воспитывается без матери. Несколько меньше такой риск при отсутствии в этом возрасте обоих родителей, еще меньше — при отсутствии отца. Дальше (в порядке убывания) идет отсутствие брата, сестры, дедушки, бабушки.

В педагогике, психологии используется понятие «полный дом».

Учитываются преимущественно первые 3-5 лет жизни ребенка. Считается оптимальным наличие в этот период матери и отца, брата или сестры, дедушки и бабушки. И это имеет свое объяснение. Период до 3 лет — возраст «первых вопросов». Ребенок спрашивает у окружающих: «Что это?». Его мозг накапливает первичную информацию. На поставленный вопрос отец, мать, сестра, бабушка ответят по-разному. У ребенка появляется возможность и необходимость выбора «правильного» ответа. Чем больший состав семьи, тем больше вариантов ответов и, следовательно, вариантов оценки.

С 3 до 7 лет — возраст «вторых вопросов». Ребенок спрашивает: «Почему это?». Мозг в этом возрасте начинает анализировать, систематизировать полученную информацию. Причем, по сути, не важен правильный ответ взрослого, более значима готовность произносить все новые «почему?». Аналогичные вопросы задают сверстники и, если ребенок находится в их коллективе, число заданных вопросов растет пропорционально числу детей. Поэтому в возрасте от 3 до 7 лет ребенку желательно посещать детский сад для развития его познавательной сферы. В противном случае он будет показывать успехи в учебе только в начальной школе, когда находится под пристальным вниманием педагога, да и занятия по дополнительной развивающей программе (кружки, секции) посещать будет от силы до 10-11-летнего возраста, пока не сможет активно высказать свое нежелание чем-либо заниматься. Как следствие, снижение успеваемости по школьной программе и отказ от занятий по дополнительной развивающей программе приводит в последующем

(через 3-4 года) к значительному отставанию таких детей в развитии от своих сверстников — инфантилизации личности.

☞ Инфантилизм — незрелость в развитии, сохранение в физическом облике или поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам. Термин употребляется как в отношении физиологических, так и психических явлений. ☞

Ни для кого не секрет, что высок риск формирования отклоняющегося поведения при воспитании детей в «неполных» семьях, с низким образовательным цензом родителей, с криминальной ориентированностью членов семьи, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Кроме того, что дети в таких семьях характеризуются так называемой педагогической запущенностью, именно асоциальным семьям присуще «социальное» наследование аддитивных стереотипов поведения. Невербально ребенок усваивает нормативность алкогольного или наркоманического поведения членов семьи, что облегчает вовлечение ребенка в употребление алкоголя или наркотиков, следовательно, к развитию заболевания в очень раннем возрасте.

Однако, в России не очень много семей, в которых родители детей-подростков являются наркоманами. Во многих случаях семьи внешне выглядят вполне благополучно. Родители не злоупотребляют алкоголем, не конфликтуют, эпизодически контролируют учебу детей, которые ухожены, сыты, одеты. Но внутренний уклад такой семьи своеобразен. Прежде всего, здесь не типична тяга к знаниям, к повышению образовательного и культурного уровня: окончили родители училище, техникум или институт — больше в учебники и им подобные книги не заглядывают. Дали отцу определенный участок работы — будет это делать 5-10 лет. Желание что-либо изменить, выполнять более сложную работу — редкое исключение. Дома разговоры дальше бытовых и служебных неурядиц не идут. На юг едут для того, чтобы «загореть», в туристическую поездку, потому что «выделили путевку» и «можно будет походить по магазинам».

Такие элементарные цели дети усваивают уже с дошкольного возраста. Отставание в общем развитии у них внешне заметно уже с 10-12 лет, то есть со времени учебы в 5-7 классах: значительно снижается успеваемость, таких школьников учителя характеризуют как способных, но ленивых. Уже в этом возрасте эти дети стремятся усвоить минимум знаний и сведений. Под любым предлогом уклоняются от участия в кружках и секциях, прекращают учебу в музыкальных, спортивных и им подобных школах (если посещали их

ранее), часто пропускают занятия. Свое свободное время проводят в безделье, бесцельно бродят по улице, смотрят подряд все телепередачи, кино- и видеофильмы, читают только «про мафию» и комиксы в журналах. Уже к 14 годам такие школьники также отстают в развитии от остальных своих сверстников, становясь «серыми, не интересными» — инфантильными, как дети из неполных и асоциальных семей. Именно инфантильность является ведущим личностным фактором риска развития зависимости от психоактивных веществ. Среди всех больных алкоголизмом и наркоманией в России 80% составляют лица, характеризующиеся инфантильностью личности.

Средовые факторы риска

В возрасте от 13 до 17 лет подростки проходят через возрастной кризис в развитии психики. В эти годы подростки формируют свое индивидуальное мнение по большинству вопросов. Их точка зрения во многом отличается от мнения родителей и педагогов. В формировании жизненных ценностей подростки ориентируются на мнение сверстников. Значительная часть времени в этом возрасте проводится в подростковых группах, которые формируются по интересам (учеба, музыка, спорт и т.п.). В группе подростку нужно «утвердиться», занять «достойное место». Подростки, отстающие в общем развитии (инфантильные), смотрятся «белыми воронами» среди сверстников с большим запасом знаний. «Потенциальный алкоголик», «потенциальный наркоман» плохо учится, поэтому он не станет «своим» в группе хорошо успевающих. Такой подросток не занимается регулярно музыкой, спортом — он не будет «чувствовать себя уютно» среди музыкантов, спортсменов. Такие подростки активно ищут себе подобных, таким образом, формируются асоциально ориентированные (аддиктивные) подростковые группы.

В этих группах является «престижным» демонстративно пренебрежительное отношение к учебе, к труду. Объединяют такие группы убеждения: «все бы воровали, но они слабые, тупые, хилые, трусы»; «все бы кололись, но они слабаки, тупицы, рабочие лошади». В 12-16 лет «выделиться», «занять достойное место» — внутренняя необходимость для подростка. В асоциально ориентированной группе не нужны успехи в учебе, спорте, музыке. Более важно демонстрировать свое отрицательное отношение к знаниям, к однообразному труду, которым является учеба: «Пусть он отличник, но «маменькин сынок», и выпить бутылку водки для него — слабо!» или «Он, конечно, на скрипочке своей на конкурсах играет, но в вену

«ширнуться» (уколоться) — кишка тонка!». Только таким путем у них появляется возможность «смотреть свысока» на «хилых» и «слабаков».

Одной из жизненно важных ценностей для таких подростков становится постоянное получение новых, желательно острых ощущений. Демонстрируя получение таких ощущений среди себе подобных, они получают «шанс» стать объектом подражания, кумиром. Асоциально ориентированные подростки сами активно ищут себе подобных. В такие группы обычно входят дети из неполных асоциальных и педагогически несостоятельных семей, причем как минимум один или два участника группы имеют не только опыт употребления психоактивного вещества, но и сформированную зависимость. Такому подростку очень выгодно для приобретения собственной дозы наркотика склонить других участников группы к употреблению вещества, причем, если учесть, что они отличаются инфантильностью личности, а значит, повышенной внушаемостью, подчиняемостью, управляемостью, становится очевидным, что склонение к потреблению наркотика не является сложной задачей. А с началом приема наркотиков у подростка складывается такой круг знакомств, в котором их употребление в последующем только поощряется.

Индивидуальные факторы риска

Следующая группа факторов риска наркотизации — *индивидуальные факторы*. При рассмотрении психологических факторов риска наркотизации чаще всего акцентируют внимание на влияние формирования наркозависимости патохарактерологического развития личности и особенностей копинг-стратегий ребенка и подростка.

☞ **Копинг, копинговые стратегии** — это то, что делает человек, чтобы справиться со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни.

☞

Специалисты, в частности А.Е. Личко, связывают склонность к употреблению психоактивных веществ и формирование зависимого поведения с акцентуациями характера — «зависимость особенностей токсикоманического поведения от типа психопатии или акцентуации

характера проявляется весьма отчетливо³. Под акцентуацией характера понимаются «крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим». Наиболее уязвимыми к вовлечению в наркотизацию (приобщению к злоупотреблению алкоголем и токсикомании) считаются подростки неустойчивого, эпилептоидно-неустойчивого, истероидно-неустойчивого типа. «Высокая частота алкоголизации подростков неустойчивого типа вполне понятна — страсть к бездумным развлечениям и удовольствию составляет одну из главных черт этого типа. В качестве мотива алкоголизации приводится желание испытать веселое настроение... И именно у неустойчивых и эпилептоидных подростков алкоголизация более всего грозит достичь такой степени, что уже в подростковом возрасте может развиваться алкоголизм».

❖ **Аддиктивное поведение** (пагубная привычка, порочная склонность) — выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций⁴. ❖

По сути, это изменение психического состояния искусственным путем. Мы будем рассматривать аддиктивное поведение только в той его части, которая касается употребления наркотических веществ.

Употребление того или иного вещества принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции. Само размышление на соответствующую тему вызывает у аддикта чувство эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации. Таким образом достигается начало желаемого эмоционального изменения.

Аддиктивный подход к жизни зарождается в глубине психики и характеризуется иллюзией решения различных проблем, спасения от стрессовых ситуаций путем избегания последних. Для самозащиты

3 Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М., 1999.

4 Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.

такие люди используют механизм, называемый «мышление по желанию». Он заключается в том, что аддикт вопреки логике считает реальным лишь то, что соответствует его желаниям, содержание мышления подчинено эмоциям. Поэтому очень сложно или невозможно убедить аддикта в неправильности и опасности его подходов к жизни.

Выделяют четыре критерия аддиктивного (зависимого) поведения:

социальный — такая частота группового употребления ПАВ и возникающих физиологических, психологических, социальных последствий, при которой употребление ПАВ становится единственным способом решения проблем;

психологический — ослабление мотивов, препятствующих употреблению ПАВ, с формированием группового употребления ПАВ и закрепление вариантов психологической защиты (отрицания, проекции, генерализации, рационализации), учащение межперсональных конфликтов;

физиологический — рост толерантности не менее чем в 2–3 раза, с угасанием рвотного рефлекса при закреплении группового злоупотребления ПАВ;

клинический — амнестические расстройства в состоянии алкогольного и токсико-наркотического опьянения, усиление акцентуаций характера с возникновением патохарактерологических реакций, эмоционально-поведенческие и аффективные расстройства с колебаниями настроения, усиление интенсивности аффективного компонента в структуре влечений.

Республика Коми: факторы риска

В целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися образовательных организаций республики, в соответствии с приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 16 июня 2014 г. № 658 «Об утверждении порядка проведения социально-психологи-ческого тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования»; во исполнение распоряжения Главы Республики Коми от 23 июля 2014 г. № 199-р; в соответствии с приказом Министерства образования Республики Коми от 20 октября 2014 г. № 368 «О проведении социально-психологического тестирования по раннему выявлению немедицинского потребления

наркотических средств и психотропных веществ, среди обучающихся общеобразовательных организаций», в период с 1 по 25 декабря 2014 г. проведено республиканское социально-психологическое тестирование лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и средних профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования (далее — Тестирование).

В ходе Тестирования был использован адаптированный исследовательский инструмент, позволивший:

- оценить исходную ситуацию наркотизации (семейные, средовые, индивидуальные, школьные, общественные факторы);
- выявить факторы, наиболее существенно повышающие риск злоупотребления психоактивными веществами,
- определить дальнейшие приоритеты в проведении профилактической работы.

Обратите внимание

Тестирование проведено в **328** образовательных организациях:

- **289** муниципальных образовательных организациях;
- **8** государственных учреждениях, подведомственных Министерству образования Республики Коми;
- **31** учреждении среднего и высшего профессионального образования.

В Тестировании приняли участие **33025** обучающихся, что в целом составило 63,8% от общего числа обучающихся, подлежащих Тестированию, из них:

- **22388** обучающихся муниципальных образовательных организаций (67,7%);
- **9929** обучающихся учреждений среднего и высшего профессионального образования (57,6%);
- **708** обучающихся государственных учреждений, подведомственных Министерству образования Республики Коми (78,5%).

Результаты Тестирования обучающихся муниципальных образовательных организаций республики. По данным муниципальных органов управления образованием, Тестирование проведено в **289** муниципальных образовательных организациях республики. В Тестировании приняли участие **22388** обучающихся (67%). Часть обучающихся не приняла участие в Тестировании, в т.ч.:

- по причине болезни — **2553** обучающихся (8%);
- по причине отказа — **6341** обучающийся (19%);
- по иным причинам — **2319** обучающихся (7%).

Обратите внимание

Наибольший охват обучающихся процедурой Тестирования обеспечили муниципальные органы управления образованием:

- МО МР «Койгородский» (78%);
- МО МР «Усть-Цилемский» (78%);
- МО МР «Удорский» (77%);
- МО ГО «Ухта» (74%);
- МО ГО «Усинск» (74%);
- МО МР «Сыктывдинский» (74%);
- МО МР «Сысольский» (73%);
- МО МР «Усть-Вымский» (72%);
- МО МР «Корткеросский» (71%);
- МО МР «Ижемский» (71%);
- МО МР «Княжпогостский» (70%).

Органы управления образованием муниципальных образований: МР «Сосногорск», МР «Вуктыл», МР «Прилузский», МР «Усть-Куломский», обеспечили участие в Тестировании около 50% обучающихся, подлежащих данной процедуре.

По результатам Тестирования высокая степень риска наркотизации выявлена у **45** обучающихся образовательных организаций, что составляет 0,2% от общего количества респондентов. Отсутствие респондентов с высоким риском наркотизации зафиксировано в Инте, Печоре, Усинске, Вуктыле, Сысольском, Койгородском, Усть-Куломском, Троицко-Печорском, Княжпогостском, Удорском районах.

Группу со средней степенью риска наркотизации составили 5% обучающихся (**1077** респондентов). 78% от общего количества опрошенных имели низкую степень риска наркотизации (**17166** обучающихся). Наибольшее количество респондентов (80%-90%), для которых характерен слабый риск наркотизации, наблюдалось в Печоре, Сосногорске, Сыктывкаре, Инте, Койгородском, Удорском, Ижемском районах.

Отсутствие риска наркотизации выявлено у 18% обучающихся муниципальных образовательных организаций, принявших участие в Тестировании (**4100** обучающихся). Максимальное количество обучающихся с «нулевым» риском отмечено в Вуктыле, Усинске, Корткеросском, Усть-Куломском, Троицко-Печорском районах.

Семейные факторы риска

По результатам Тестирования семейные факторы риска были наиболее остро выражены у **217** респондентов (1% от общего количества респондентов). Отсутствие высокого риска наркотизации наблюдалось у обучающихся Усинска, Вуктыла, Троицко-Печорского, Княжпогостского районов. К группе со средней степенью риска по результатам Тестирования были отнесены 18% респондентов. Около 55% обучающихся муниципальных образовательных организаций

республики (**12500** респондентов) имели низкий риск наркотизации.

Индивидуальные факторы риска

В среднем 76,7 % респондентов от общего количества обучающихся, принявших участие в Тестировании, имели низкую степень риска наркотизации (**17166** респондентов). Отсутствие высокого риска наркотизации наблюдалось у 24,4 % обучающихся (**5467** респондентов). К группе со средней степенью риска по результатам Тестирования были отнесены 6,6% респондентов (**1468** обучающихся). Около 0,3% обучающихся муниципальных образовательных организаций республики (**77** респондентов) имели низкий риск наркотизации.

Средовые факторы риска

Наиболее сильные признаки наркотизации по средовым факторам были выявлены у 0,8% обучающихся (**185** респондентов) из Удорского района (1,9%), Воркуты (1,8%), Ижемского района (1,6%), Сыктывкара (1,1%). Отсутствие высокого риска по фактору наблюдалось в Вуктыле, Сыктывдинском, Койгородском, Корткеросском, Княжпогостском районах.

В группу со средней степенью риска вошли 6% обучающихся от общего количества респондентов. Около 40% обучающихся (**8825** респондентов) на момент Тестирования имели низкую степень риска. Максимальное количество обучающихся с низким риском наркотизации отмечено в Сыктывкаре (44%), Воркуте (49%), Вуктыле (40%), Усть-Цилемском (62%), Усть-Вымском (47%), Ижемском (40%) районах.

Общественные факторы риска

По результатам Тестирования к респондентам с высоким риском по группе общественных факторов наркотизации следует отнести 1,3% респондентов. Отсутствие высокого риска по данному фактору наблюдалось в Вуктыле, Княжпогостском районе.

В группу со средней степенью риска наркотизации вошли 25% обучающихся (**5630** респондентов). В среднем по республике 57% респондентов (около **13 тыс.** обучающихся) можно отнести к группе обучающихся с низким риском наркотизации. Преобладающее количество обучающихся с низкой степенью риска наблюдалось в Усинске (62%), Инте (61%), Сосногорске (62%), Усть-Цилемском (71%), Сысольском (70%), Койгородском (69%), Ижемском (68%), Удорском (60%) районах.

«Школьные» факторы риска

Признаки высокой наркотизации по «школьным» факторам риска характерны для 0,6% обучающихся (около **140** респондентов,

принявших участие в Тестировании).

Средняя степень риска наркотизации выявлена у 22% обучающихся (около **5 тыс.** респондентов) муниципальных образовательных организаций. Около 60% обучающихся республики (**13522** респондентов) имели низкий риск наркотизации. Максимальное количество респондентов с низким риском отмечено в Инте (71%), Сысольском (72%), Ижемском (71%), Койгородском (69%), Усть-Цилемском (69%) районах.

Результаты Тестирования обучающихся образовательных организаций, подведомственных Министерству образования Республики Коми. Тестированию подлежал **901** обучающийся. Из них прошли Тестирование **708** обучающихся (78,5%). Не прошли Тестирование:

- по причине болезни — **27** обучающихся (3%);
- по причине отказа — **111** обучающихся (12%);
- по иным причинам — **55** обучающихся (6%).

Отсутствие риска наркотизации наблюдалось у 12% обучающихся, принявших участие в Тестировании (**88** респондентов). По результатам Тестирования высокая степень риска наркотизации у обучающихся государственных образовательных учреждений не выявлена. К группе со средним риском наркотизации следует отнести 3% обучающихся (**20** респондентов). Около 85% респондентов от общего количества опрошенных (**600** респондентов) в ходе Тестирования показали низкую степень риска наркотизации.

Семейные факторы риска

По результатам Тестирования высокий риск выявлен у **6** респондентов (0,85% от общего количества принявших участие в Тестировании). В группу со средней степенью риска вошли 14% обучающихся (**98** респондентов) государственных образовательных учреждений республики. У 65% обучающихся (**459** респондентов) наблюдался низкий риск наркотизации.

Индивидуальные факторы риска

По результатам Тестирования высокий риск наркотизации выявлен у **1** обучающегося. К группе со средней степенью риска отнесены 6% обучающихся (**41** респондент). 77% респондентов от общего числа опрошенных (**543** обучающихся) имели низкий риск наркотизации.

Средовые факторы риска

Высокая степень наркотизации по фактору характерна для 0,6% обучающихся (**4** респондента) государственных образовательных учреждений.

В группу со средней степенью риска по фактору вошли 3% обучающихся от общего количества респондентов (**23** респондента). Около 33% обучающихся имели низкий риск по фактору (**449** респондентов).

Общественные факторы риска

По результатам Тестирования к респондентам с высоким риском наркотизации по общественному фактору следует отнести 1,4% респондентов (**10** обучающихся). В группу со средней степенью риска наркотизации вошли 32% обучающихся (**227** респондентов). 59% респондентов (**417** обучающихся государственных образовательных учреждений) на момент Тестирования имели низкую степень риска наркотизации.

«Школьные» факторы риска

По результатам Тестирования высокая степень наркотизации по данному фактору у респондентов не обнаружена. Группу со средней степенью риска наркотизации составили **116** обучающихся государственных образовательных учреждений (16%).

Для 74% обучающихся (**526** респондентов) был характерен низкий риск наркотизации по факторам, связанным с учебным заведением.

Результаты Тестирования обучающихся учреждений среднего и высшего профессионального образования. Тестирование проведено в **31** учреждении высшего и среднего профессионального образования Республики Коми. изъявило желание принять участие в Тестирование 58% обучающихся.

Обратите внимание _____

Наибольший охват обучающихся процедурой Тестирования обеспечили образовательные организации:

- ГПОУ «Сыктывкарский медицинский колледж» (96%);
- ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский лесной институт» (89%);
- ГПОУ «Воркутинский горно-экономический колледж» (86%);
- ФГБОУ ВПО «Сыктывкарский государственный университет» (85%);
- ГПОУ «Воркутинский педагогический колледж» (83%);
- ГПОУ «Усинский политехнический техникум» (81%).

Отсутствие риска наркотизации наблюдалось у 17,5% обучающихся, принявших участие в Тестировании (**1735** респондентов). По результатам Тестирования высокий риск наркотизации выявлен у **100** обучающихся (1% от общего количества респондентов). В группу со средней степенью риска наркотизации вошли 9% обучающихся (**864** респондента). Для 73% респондентов (**7230** обучающихся) характерен низкий риск наркотизации.

Семейные факторы риска

По результатам Тестирования высокий уровень риска по семейному фактору выявлен у **248** респондентов (2,5% от общего количества опрошенных). В группу со средней степенью риска вошли 18% респондентов (**1780** респондентов). Около 56% обучающихся показали низкую степень риска (**5558** респондентов).

Индивидуальные факторы риска

По результатам Тестирования к обучающимся с высоким риском наркотизации отнесены 1,1% респондентов от общего количества опрошенных (**105** обучающихся). В группу со средней степенью риска вошли 10% обучающихся (**957** респондентов). В среднем 62% респондентов от общей выборки имели на момент Тестирования низкий риск наркотизации (**6144** обучающихся).

Средовые факторы риска

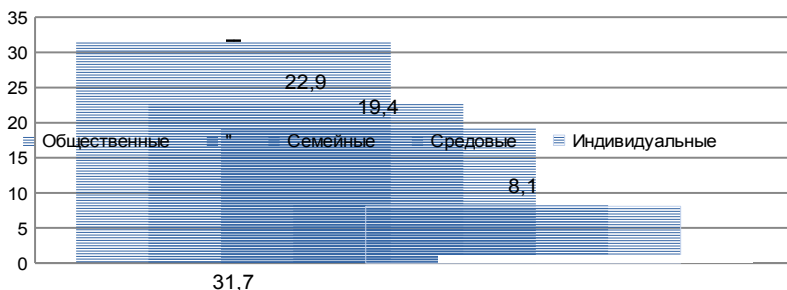
Высокая степень риска наркотизации по этим факторам риска выявлена у 1% обучающихся (**95** респондентов) учреждений среднего и высшего профессионального образования. В группу со средним риском вошли 11% обучающихся (**1052** чел.). Около 36% обучающихся (**3620** респондентов) имели низкую степень риска.

Общественные факторы риска

По результатам Тестирования высокий риск наркотизации наблюдается у 3,6% респондентов (**356** обучающихся). В группу со средней степенью риска наркотизации вошли 40% обучающихся (**3950** респондентов). 38% респондентов отнесены к группе обучающихся с низким уровнем риска (**3753** обучающихся).

«Школьные» факторы риска

Высокая степень наркотизации по «школьному» фактору характерна для 1,5% обучающихся (около **150** респондентов) учреждений среднего и высшего профессионального образования. В группу со средней степенью риска наркотизации вошли 22% обучающихся (**2223** респондента). У 54% обучающихся зафиксирован низкий риск наркотизации (**5386** респондентов).



Факторы риска наркотизации в Республике Коми (в %)

Анализ результатов Тестирования позволяет сделать следующие выводы:

- Интегральная оценка степени риска наркотизации выявила 1% респондентов от общей выборки Тестирования, имеющих высокий потенциальный риск наркотизации.
- Основная масса участников Тестирования характеризуется низкой степенью риска наркотизации.
- Во всех образовательных организациях республики наиболее выражены группы факторов риска наркотизации (в процентах):

Обратите внимание _____

По итогам Тестирования количество респондентов с высокой степенью риска наркотизации составило 1% обучающихся от общей выборки (145 респондентов). Группа респондентов с низкой степенью риска включила более 70% обучающихся. По данным Тестирования у 16% обучающихся образовательных организаций республики риск наркотизации отсутствовал

31,7% респондентов подвержены общественным факторам риска. Данная группа факторов включает доступность наркотиков, курительных смесей вблизи образовательной организации, осведомленность обучающихся о нормах, политике, законодательстве в отношении наркотиков, курительных смесей; уровень дезорганизованности сообщества, распространённость насилия, развитость системы социально-психологической помощи молодежи, наличие и характер общественных традиций, позицию средств массовой информации, организованность досуга, участие молодежи в общественной жизни и т.д.;

22,9% респондентов подвержены факторам риска, связанным с учебным заведением, так называемым «школьным» факторам риска. Факторы включают устои и традиции учебного заведения, степень участия педагогов в воспитательном процессе и принятой системе воспитания, отношения обучающихся с педагогами; социально-психологический климат в классе, группе, учебном заведении; уровень мотивации учения, дисциплины, успеваемости; частоту переходов из одной образовательной организации в другую; участие педагогов в профилактике, связь между семьей и образовательной организацией; участие в самоуправлении и т.д.;

19,4% респондентов подвержены семейным факторам риска. Данная группа факторов включает отношение членов семьи к употреблению наркотиков, курительных смесей и других

систему
в семье;
в семье;



психоактивных веществ; уровень доверительности детско-родительских отношений; эмоциональный фон семьи; распределения ролей, прав и обязанностей систему контроля; уровень конфликтности семейные традиции, родительские ожидания, компетентность родителей в контексте воспитания, наличие единого подхода к воспитанию ребенка и т.д.

Большую степень выраженности имеет общественный фактор риска. С одной стороны это может показаться странным, ведь слова «наркомания», «наркотики», «наркоманы» известны всем. С другой стороны, в сознании многих — измышления о наркомании зачастую неточны или вообще ошибочны. Они порождены непониманием специфики наркомании, а также влиянием подростковой субкультуры. По существу, всей информации о наркомании большинство граждан не знает. Если бы все знали правду о наркомании, число вовлекаемых в нее значительно бы сократилось.

Если соединили рука с рукой люди пьющие и наступают на других людей и хотят опохмелить весь мир, то пора и людям разумным понять, что нужно бороться со злом, чтобы и их детей не споили заблудшие люди.

Л.Н. Толстой

Глава 3

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Прежде чем переходить к конкретным вопросам организации и методики проведения работы по профилактике наркозависимости среди подростков, рассмотрим этапы развития профилактической работы, ее основные понятия и концепцию.

Развитие представлений о профилактике наркозависимости

В истории условно можно выделить три этапа развития профилактики наркозависимости:

I этап. Профилактика, ориентированная на патогенную основу факторов риска (1950-1970 годы).

Основная стратегия профилактики сводилась к запугиванию, т.е. преувеличенно эмоционально насыщенным призывам, предостережениям не употреблять ПАВ со ссылкой на те или иные негативные последствия.

II этап. Профилактика, ориентированная на личность (1980-е годы)

В рамках этого подхода сформировались следующие стратегии превентивного обучения:

- Информирование. Предоставление максимально объективных фактических данных о природе, фармакологических свойствах и негативных последствиях употребления алкоголя, табака и других ПАВ.
- Стимулирование личностного роста и социального развития. Осознание ребенком или подростком собственных ценностей, развитие коммуникативных навыков и творческих способностей будут препятствовать употреблению ПАВ, т.к. успешность в социальном взаимодействии, возросшая уверенность в себе заполняют ту пустоту, в которую чаще всего и приходит наркотик.

III этап. Каузальный подход к профилактике наркозависимости (современный этап).

Профилактика ориентирована на выявление и устранение причин возникновения наркозависимости, употребления различных психоактивных веществ, как способа удовлетворения присущих человеку важных жизненных потребностей. При этом в поисках этиологических факторов наркомании значение нужно придавать не только и не столько химическим эффектам наркотиков, – сколько символическому, которое наркотик приобретает для зависимого.

**Профилактика
употребления психоактивных веществ:
цели, задачи, стратегии, принципы, направления**

На возможность вовлечения в наркотизацию и формирования наркозависимости влияет целый комплекс биологических, социальных и психологических факторов. Работа по профилактике наркозависимости предполагает разработку и реализацию системы мер по снижению влияния факторов риска наркотизации, с опорой на защитные факторы, под которыми понимаются условия, препятствующие возникновению наркозависимости.

☞ **Профилактика употребления психоактивных веществ** — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение распространения и употребления психоактивных веществ, а также предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления психоактивных веществ (безнадзорность, преступность, рост сопутствующих наркомании заболеваний). ☞

Процесс профилактики носит первичный, вторичный, третичный характер в зависимости от целевой аудитории.

Первичная профилактика направлена на предупреждение приобщения к употреблению психоактивных веществ, вызывающих болезненную зависимость.

Цель. Формирование активного, адаптивного, высоко функционального жизненного стиля, направленного на продвижение к здоровью, уменьшение числа лиц, имеющих биологические, психологические и социальные факторы риска формирования аддикции, развитие невосприимчивости к формам наркоманического поведения.

Контингент:	общая
популяция	здоровых
детей, подростков и	
молодёжи	

Задачи:

- совершенствование, повышение эффективности используемых ребенком или подростком активных, конструктивных поведенческих стратегий,
- увеличение потенциала личностно-средовых ресурсов (формирование позитивной, устойчивой Я-концепции, повышение эффективности функционирования социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, аффилиации, внутреннего контроля собственного поведения и т.д.).

Стратегии:

- информирование о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование

мотивации эффективному социально-психологическому и физическому развитию,

- формирование мотивации к социально-поддерживающему поведению,
- развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения,
- развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

Технологии:

- воздействие средств массовой информации,
- антинаркотическое обучение,
- использование альтернативных программ детско-подростковой и молодежной активности,
- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные организации и т.д.),
- проведение антинаркотических мотивационных акций,
- организация деятельности социальных работников и волонтеров,
- деятельность системы ювенальной юстиции,
- развитие личностных ресурсов,
- формирование социальной и персональной компетентности,
- развитие адаптивных стратегий поведения.

Вторичная профилактика наркозависимости направлена на предотвращение формирования зависимости от психоактивных веществ и предполагает работу с людьми, эпизодически употребляющими психоактивные вещества, но не обнаруживающими признаков наркомании как болезни.

Цель. Изменение малоадаптивного дисфункционального поведения риска на адаптивную форму, прерывание эволюции патогенетического процесса.

Задачи:

- развитие активных стратегий преодолевающего поведения;
- повышение потенциала личностно-средовых ресурсов;
- профилактическое воздействие социальных сетей, которое включает в себя создание разнообразных профилактических программ, имеющих целью совершенствование института семьи и создание групп социальной и психологической поддержки, приютов, медико-психологических центров и программ поддержки, анонимных сообществ) и т.д.

Контингент: подростки с поведением риска (аддиктивное поведение, уходы из школы и дома, безнадзорные дети, дети и подростки, проявляющие другие формы отклоняющегося и асоциального поведения, либо находящиеся в социальной ситуации, провоцирующей наркотизацию).

Стратегии:

- формирование мотивации на изменение поведения,
- изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные,
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Технологии:

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;
- формирование мотивации на изменение поведения;
- развитие преодолевающего поведения;
- преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;
- осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
- анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ.

Третичная профилактика предполагает проведение комплекса мероприятий, способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного наркоманией и токсикоманией, включая алкоголизм, и возвращение его в семью, в образовательную организацию, к общественно полезной деятельности.

Контингент: подростки с психофизической зависимостью от ПАВ

Цель. Максимальное увеличение срока ремиссии.

Стратегии:

- формирование мотивации на изменение поведения, включение в лечение, прекращение употребления алкоголя, наркотиков или других психоактивных веществ;
- изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные;
- осознание ценностей личности;
- изменение жизненного стиля;
- развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных, ресурсов и адаптивных копинг-навыков;
- формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Технологии:

- формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;
- формирование мотивации на изменение поведения, прекращение

- употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;
- развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;
 - формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях;
 - осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравственных ценностей;
 - осознание личных целей и путей их достижения;
 - осознание влечения и зависимости;
 - формирование копинг-стратегий преодоления влечения и зависимости;
 - изменение жизненного стиля в целом;
 - развитие коммуникативной и социальной компетентности;
 - развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер.

Основные принципы профилактики наркозависимости

Комплексность. Задачи формирования у несовершеннолетних негативного отношения к употреблению ПАВ реализуются в рамках единого педагогического процесса и сформированного в образовательной сфере профилактического пространства. Вовлечение в сферу педагогической профилактики всех основных институтов социализации несовершеннолетних и молодежи предполагает согласованное взаимодействие:

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

Дифференцированность. Дифференциация целей, задач, средств и планируемых результатов профилактики с учетом возраста и степени вовлечения в наркогенную ситуацию. По возрасту наиболее значимо выделение группы детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет), младшего школьного возраста (7-10 лет), среднего школьного возраста (11-14 лет), старшего подросткового возраста (15-16 лет), юношеского возраста (17-18 лет) и молодежи (от 18 лет). По степени вовлечения в наркогенную ситуацию значимо выделение детско-подростковых и молодежных групп, не вовлеченных в наркогенную ситуацию, но относящихся к *«группе риска наркотизации»*:

- лишенные родительского попечения и находящиеся в условиях безнадзорности;
- имеющие различные проблемы в развитии и поведении («трудные и проблемные» дети и подростки);
- начавшие употреблять наркотики (потребители наркотиков),

заболевшие наркоманией.

В этом контексте приобретает свою специфику профилактическая работа со студентами средних и высших профессиональных учебных учреждений.

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

Многоаспектность включает сочетание различных направлений целевой профилактической деятельности.

Ведущими аспектами профилактической деятельности в образовательной среде являются:

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

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

- социально-средовое воздействие, направленное на разрушение групп наркотизирующихся детей и подростков и на создание социально-поддерживающей инфраструктуры,
- воздействие на «саморазрушающее» поведение детей и подростков, вовлеченных в наркотизацию, а также на другие отклоняющиеся («девиантные») формы поведения,

- воздействие, связанное с индивидуальными или групповыми формами оказания профилактической помощи.

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

Легитимность. Легитимность предусматривает необходимую правовую базу антинаркотической профилактической деятельности, к которой относятся все нормативные акты о правах и обязанностях лиц, занимающихся профилактикой. К правовой базе относятся также права и обязанности детей и молодежи, которые затрагиваются в различной степени, когда по отношению к ним осуществляются активные профилактические мероприятия.

Правовые границы антинаркотической профилактики предусматривают:

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

Направления профилактической деятельности

–Профилактика в образовательных организациях, в т.ч. высших и средних профессиональных,

- профилактика в семье,
- профилактика в общественных группах населения,
- профилактика с помощью средств массовой информации,
- профилактика, направленная на группы риска в образовательных организациях и вне их,

- систематическая подготовка специалистов в области профилактики,
- мотивационная профилактическая работа,
- профилактика рецидивов,
- терапия социальной средой,
- профилактика последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Выбор направления профилактической деятельности зависит от конкретных факторов риска наркотизации. Иными словами, профилактика злоупотребления ПАВ должна ориентироваться на снижение влияния факторов риска наркотизации и укрепление защитных факторов.

Факторы защиты подростков и молодежи от наркотизации

По результатам Тестирования, отраженным во второй главе, во всех образовательных организациях республики наиболее выраженными являются три группы факторов риска наркотизации: общественные, «школьные», семейные:

	Факторы риска	Факторы защиты
ОБЩЕСТВЕННЫЕ	доступность наркотиков, курительных смесей вблизи образовательной организации	создание безопасной образовательной среды
	низкая осведомленность обучающихся о нормах, политике, законодательстве в отношении наркотиков, курительных смесей	разработка целенаправленной систематической программы просвещения подростков и молодежи о нормах, политике, законодательстве в отношении наркотиков, курительных смесей
	уровень дезорганизованности общества, распространенность насилия, низкая развитость системы социально-психологической помощи молодежи, наличие негативных общественных традиций, позиция средств массовой информации	создание государственной системы противодействия, основанной на фундаментальных базовых теориях и концепциях профилактики и реализуемой различными социальными институтами и структурами на основе принятых законов
	плохая организованность досуга, низкий уровень вовлеченности молодежи в общественной жизни и т.д.	создание дополнительных досуговых организаций

«ШКОЛЬНЫЕ»	школьная дезадаптация	организация условий адаптации ребенка для самореализации обучающегося в образовательной организации
	частые переходы из одной школы в другую	принятие себя в социальной роли ученика
	низкая успеваемость	успешная учебная деятельность
	нарушение отношений со сверстниками и педагогами	конструктивное взаимодействие со сверстниками и педагогами
	употребление ПАВ в школе и ближайшем социальном окружении	эффективная антинаркотическая политика в учреждении образования («Школа, свободная от наркотиков»), проведение мероприятий, способствующих формированию и развитию навыков ЗОЖ, развитая система дополнительного образования)
негласное одобрение или лояльность по отношению к употреблению ПАВ		
СЕМЕЙНЫЕ	дисфункциональные воспитательные стили (гипопротекция, гиперпротекция, воспитание по типу повышенной моральной ответственности, противоречивое воспитание и т.д.)	стимулирование укрепления гармоничных семейных отношений, построенных на эмоциональной близости и взаимном уважении, и использование оптимального стиля воспитания – сочетание высокой требовательности и контроля с демократичностью и эмоциональной поддержкой ребенка родителем
	отсутствие чувства принадлежности к семье	
	отсутствие или нарушение семейной коммуникации (в частности, взаимные «нападки», пренебрежение друг другом и т.д.)	
	злоупотребление ПАВ членами семьи	ведение членами семьи здорового образа жизни (ЗОЖ)
	семейная традиция разрешения сложных жизненных ситуаций с помощью употребления ПАВ	признание ЗОЖ в качестве семейной ценности
асоциальное поведения членов семьи		

Профилактическая работа, направленная на снижение общественных факторов риска наркотизации

Изучение международного опыта противодействия наркозависимости и реакции общества на рост наркомании показывает, что для каждой из стран характерно **четыре этапа развития:**

Этап отрицания	«игнорирование» проблемы, несмотря на появление и
-----------------------	---

	нарастание общего числа наркозависимых
Этап «паники»	появление в СМИ малопродуктивных выступлений пессимистического содержания, нагнетающих страх в обществе перед «неодолимой» опасностью
Этап «фрагментарной политики»	стадия появления отдельных разрозненных бессистемных инициатив антинаркотической деятельности
Этап «единения всех сил общества»	создание государственной системы противодействия, основанной на фундаментальных базовых теориях и концепциях профилактики, и реализуемой различными социальными институтами и структурами на основе принятых законодательств

Только с формированием системы взаимодействия возможно достижение результатов эффективного противостояния злоупотреблению психоактивных веществ. Оценивая состояние антинаркотической деятельности в нашей стране, мы можем с полным основанием отнести его к третьему этапу, т.е. к этапу отдельных инициатив. Профилактика наркомании все еще не носит системный характер, отмечается недостаточная координация антинаркотической деятельности на всех уровнях управления и взаимодействия — от местного до федерального. В части субъектов РФ осуществляются попытки организации комплексных программ. Однако многие из них разрабатываются и реализуются лицами, не имеющими специальной подготовки. В основном первичная профилактика представлена так называемой негативно-направленной профилактикой, ориентированной на информацию об отрицательных последствиях приема ПАВ. Антинаркотическая вербальная пропаганда является основным содержанием деятельности в профилактике употребления ПАВ. Однако деятельность эта во многом идет вхолостую и не может заменить научно-обоснованной, полномасштабной, регулярной, системной и профессиональной работы в этом направлении.

Подобное состояние является следствием главного недостатка теории и практики профилактики приобщения к ПАВ — отсутствия базовой теории. Теоретико-методологические вопросы разрабатываются в рамках конкретных научных отраслей: психологии, педагогики, медицины, культурологии, социологии, права. Однако в рамках отдельной отрасли невозможно осуществить комплексный системный подход к профилактике, а при отсутствии такого подхода профилактическая деятельность не может быть эффективной.

Нам представляется, что рамки этой интеграции должны быть значительно расширены с учетом всех областей знаний и видов деятельности, без которых решение вопросов превенции не может

быть успешным. Это положение подчеркивается, в частности, и предпочтением термина «превенция» для определения данного направления.

Анализ наркоситуации и состояния антинаркотической деятельности позволяет определить ряд основных направлений совершенствования работы по предупреждению злоупотребления ПАВ, а также других форм зависимости и девиантного поведения в целом.

Основой координации и дифференциации исследований и практической реализации в области превенции (превентологии) аддиктивного поведения и злоупотребления ПАВ может стать системный подход, основанный на выделении «факторов защиты» и «факторов риска» возникновения и формирования зависимостей.

Выделяют внутренние и внешние защитные факторы, проявляющиеся на уровне личности и на уровне общностей, в которые входит ребенок. Защитные факторы, проявляющиеся на уровне личности, можно условно объединить в две группы:

- создание условий гармоничного развития личности ребенка и его успешной социализации,
- формирование специфических установок по отношению к употреблению ПАВ, получивших название «внутриличностный антинаркотический барьер».

Характеризуя факторы защиты от наркотизации, связанные с общностями, в которые входит ребенок, выделяют обычно следующие: семья, образовательная организация, среда сверстников, среда проживания.

Знание факторов защиты служит основанием для разработки универсальных программ, направленных на популяцию детей и подростков, целью которых является гармоничное (физическое, психическое и духовное) развитие личности с опорой на ее созидательный потенциал и успешную социализацию, а также целенаправленное формирование внутриличностных антинаркотических барьеров.

☞ **Превентология** — это наука о раннем предупреждении различных видов зависимостей, социальных заболеваний и других видов девиантного поведения. ☞

Основные направления наркологической превентологии

- **Психогигиеническое** — коррекция неправильного воспитания и

ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с трудными подростками, имеющими отклонения в поведении.

- **Педагогическое** — последовательное антиалкогольное и антинаркотическое воспитание в школе с 1-го по 11-й класс. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения. Обучение специалистов различных отраслей превентивной наркологии.
- **Санитарно-гигиеническое** — повышение санитарной грамотности и культуры населения. Антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди широких слоев населения. Искоренение вредных для здоровья привычек.
- **Медико-социальное** — комплексная работа с группой риска — лицами, злоупотребляющими ПАВ. Санирование биологической почвы. Выявление маркеров социального неблагополучия и оценка критериев успешности превентивных программ. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным программам и планам медико-педагогических мероприятий.
- **Здравоохранное** — развитие и совершенствование наркологической службы. Система мер по уменьшению распространенности алкоголизма и наркотизма. Широкая работа всей общемедицинской сети по профилактике социальной патологии.
- **Административно-правовое** — регулирование сдерживания наркомании и алкоголизма. Система ограничений и запретов, направленных на уменьшение распространенности пьянства, алкоголизма, наркотизма и их последствий.
- **Экономическое** — система государственных мероприятий по уменьшению экономической зависимости бюджета от продажи алкоголя, что позволит развернуть более действенные превентивные меры.

Основные подходы к организации деятельности по профилактике приобщения к психоактивным веществам

Организационно-методический подход, включающий:

- предупреждение приобщения к психоактивным веществам в период детства и раннего подросткового возраста;
- формирование негативного отношения к употреблению психоактивных веществ;
- изменение традиций и обычаев алкоголизации населения — самой модели алкоголизации (с крепких спиртных напитков на

низкоградусные и пиво), разработка программ, регламентирующих прием алкоголя;

- развитие политики, направленной на укрепление и оздоровление семьи как главной ценности государства;
- распространение принципов здорового образа жизни, способствующего реализации человеческого потенциала;
- развитие содержательного досуга для различных возрастных групп населения;
- повышение успеваемости детей за счет улучшения качества педагогического процесса;
- принцип избирательности при проведении превентивной работы с молодежью — информированность имеет огромное значение при недопущении употребления алкоголя и курения, но мало влияет на наркотизацию;
- помнить о том, что алкоголизация детей и подростков является фоном или предшественником наркотизации и курения;
- превентивные программы должны быть направлены и на те группы населения, в которых высока вероятность стресса или психологического кризиса.

Структурный подход, при котором реализация всех принципов наркологической превентологии должна осуществляться на основе объединения усилий всех уровней от государственного (политического) до местного с учетом дифференциации целей и задач каждого уровня в зависимости от характера и объема деятельности структуры.

Оценочный подход предполагает проведение мониторинга среди различных групп населения с получением на основе анонимного анкетирования регулярной информации о распространенности и факторах алкоголизации, курения, наркотизации.

Профилактическая работа, направленная на снижение «школьных» факторов риска наркотизации

Основным структурным и содержательным компонентом системы профилактики употребления ПАВ в образовательной среде является педагогическая профилактика. Ее содержание и идеология определяются общими целями и задачами профилактики в образовательной среде, связанными с комплексным воздействием на причины и последствия употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью.

☞ **Педагогическая профилактика** представляет собой комплексную систему организации процесса обучения и воспитания детей и молодежи, обеспечивающую снижение риска употребления ПАВ за счет расширения социальных компетенций, формирования личностных свойств и качеств, повышающих устойчивость к негативным влияниям среды. ☞

На место прежней цели (достижение полного отказа от наркотиков) встает иная (формирование здорового стиля жизни). Таким образом, стратегическим приоритетом первичной профилактики следует рассматривать создание системы позитивной профилактики. Она ориентируется не на патологию, а на защищающий от возникновения проблем потенциал здоровья, на раскрытие ресурсов психики и личности подростка.

Образовательный компонент профилактики должен строиться с учетом следующих особенностей подросткового возраста:

- 1) высокая степень информированности о видах и действии наркотических средств;
- 2) знание о доступности и распространенности наркотиков в обществе;
- 3) распространенное представление о «безвредности» некоторых видов наркотиков;
- 4) большое количество «мифов», преувеличений в знании о действии и последствиях употребления наркотиков;
- 5) часто встречающиеся представления о некоторых видах наркотиков как об атрибуте успеха, «крутости»;
- 6) прочная связь в сознании некоторых видов деятельности (развлечения, времяпрепровождение) с употреблением наркотиков.

В результате профилактической работы подросток должен научиться:

- выбирать достойные способы общения, основанные на уважительном отношении друг к другу;
- находить наиболее гибкие и конструктивные пути взаимодействия с родителями, учителями, сверстниками;
- организовывать содержательный, творческий, созидательный, интеллектуальный досуг;
- самосовершенствоваться в практике самопознания и самовоспитания;
- строить реальные жизненные планы и искать пути их реализации;
- осознавать негативные последствия приема наркотиков для здоровья, душевного благополучия, разрешения школьных и внутрисемейных проблем;

- определять скрытые мотивы приема наркотиков;
- применять способы отказа от наркотиков;
- распознавать симптомы наркотического опьянения, иметь представление о типичном поведении одурманенных и способах общения с ними.

Для повышения эффективности профилактической работы педагог должен:

- *понимать:*
 - наиболее эффективный с точки зрения профилактики специалист — учитель,
 - школа имеет наибольшие возможности в профилактике наркомании,
 - если в семье есть наркоман, то это тщательно скрывается,
 - влияние личного примера и личные отношения с учеником имеют огромное значение.
- *знать:*
 - факторы риска наркозависимости,
 - факторы защиты от наркозависимости,
 - к кому, куда можно обратиться родителям в случае подозрений.
- *уметь:*
 - четко заявлять и обосновывать свое отношение к наркотическим веществам и людям, их употребляющим,
 - эффективно общаться,
 - обсуждать с детьми моральные ценности,
 - определить по внешним и поведенческим признакам, что в жизни и в состоянии ребенка произошли изменения,
 - выбрать тактику общения с ребенком, вызывающим беспокойство,
 - завоевать доверие пострадавших,
 - корректно сообщать о своих наблюдениях.

☛ **Цель профилактической деятельности современной школы** — создание образовательной среды, способствующей развитию. ☞

Важными элементами комфортного климата школы является:

- выявление потенциальных возможностей учеников,
- установка четких правил и их последовательное соблюдение,
- соблюдение дисциплины,
- сохранение высокого качества образовательного процесса,
- сохранение здания школы в хорошем состоянии,
- составление четкого режима работы,

- поддержка участия учеников и родителей в жизнедеятельности школы,
- проявление поддержки со стороны учителей,
- выражение позитивных ожиданий в отношении учеников,
- предоставление помещений для неформального общения учителей и учеников.

Выделяются два основных подхода к педагогической профилактике:

- непосредственное педагогическое воздействие на несовершеннолетних и молодежь с целью формирования у них желаемых свойств и качеств,
- создание благоприятных условий для эффективной социальной адаптации.

Основой содержания педагогической профилактики является система представлений об употреблении ПАВ как многоаспектном социально-психологическом явлении, имеющем социокультурные корни. Исходя из этого, воспитание и обучение опираются на ценности отечественной и мировой культуры, способные выступать в качестве альтернативы идеологии субкультур, проповедующих использование ПАВ.

Для реализации педагогической профилактики используются разнообразные превентивные технологии и формы организации воздействия на целевые группы. К ним относятся: интеграция профилактического содержания в базовые учебные программы, воспитательная внеурочная работа (тренинговые занятия, ролевые игры, дискуссии, индивидуальная работа с обучающимися, воспитанниками, разработка и внедрение образовательных программ для родителей (законных представителей). Такие формы деятельности педагогов, воспитателей, педагогов-психологов, социальных педагогов, включенные в систему профилактики употребления ПАВ, обуславливают необходимость организации их систематической подготовки к участию в превентивной деятельности.

Первичная и базовая подготовка специалистов образовательной сферы по профилактике употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью должна:

- обеспечивать достоверную и разноплановую информацию о концептуальных и методических основах ведения профилактической работы (информационный модуль),
- включать интерактивные методы обучения психолого-педагогическим технологиям ведения профилактической работы среди несовершеннолетних и молодежи (интерактивный модуль обучающихся и тренинговых программ) и технологии проектной деятельности при разработке региональных и авторских программ профилактики

(проектный модуль).

Основные направления и формы профилактической работы в образовательной среде⁵

Направления Профилактики	Формы реализации
Антинаркотическое просвещение обучающихся	Социальная реклама (плакаты, газеты, листовки, ролики, передачи), лекции, беседы, дискуссии, «круглые столы», встречи со специалистами ОВД и медицинских учреждений и пр.
Обучение здоровью — разработка образовательных программ по формированию здорового образа жизни и предупреждению употребления ПАВ	Обучение и воспитание через предмет — уроки здоровья, ОБЖ, физическая культура, литература, история, биология, химия и др.; программы обучения жизненным навыкам, специализированные социально-психологические тренинги
Психолого-медико-социальное сопровождение обучающихся	Разработка и внедрение программ диагностики и коррекции отклоняющегося развития и поведения, технологий педагогической поддержки учащихся, программ личностного роста и развития психосоциальной компетентности, ресоциализация и реабилитация подростков «группы риска»
Проведение профилактических мероприятий	Конкурсы, фестивали, концерты, акции и др.

⁵ Из книги: Косарецкий С.Г. и др. «Менеджмент в профилактике ПАВ». М., 2003.

Воспитательная работа	<p>Поддержка индивидуальной и коллективной творческой деятельности детей и подростков в контексте профилактики: КТД (коллективные творческие дела), детские мастерские, концерты, спектакли, конкурсы, сочинения, выпуск газет, подготовка радио- и телепередач, съемка видеороликов и фильмов, разработка компьютерных игр, программ, оформление сайтов;</p> <p>поддержка и развитие детских и молодежных просоциальных организаций (объединений) и движений, поддержка субкультурных сообществ антинаркотической направленности, развитие лидерских программ, создание клубных объединений;</p> <p>формирование волонтерских групп для ведения профилактической работы и оказания поддержки сверстникам с проблемами зависимости от ПАВ;</p> <p>развитие различных форм внешкольной детской и юношеской инициативы по осуществлению социально значимой деятельности: благоустройство территорий, оказание поддержки инвалидам, престарелым, многодетным семьям, патронаж детей</p>
Программы сохранения и укрепления здоровья, развития физкультуры и спорта	<p>Внедрение здоровьесберегающих технологий; организация летних оздоровительных лагерей; реализация модели «школа здоровья»; организация систематических занятий детей физкультурой и спортом (секции, фитнес-клубы, соревнования)</p>
Раннее выявление и сопровождение детей группы риска наркотизации и злоупотребления ПАВ	<p>Создание внутришкольного наркопоста при школьном медицинском кабинете или кабинета профилактики, решающего задачи учета обучающихся с «риском» наркотизации и проблемами наркозависимости; консультирование родителей по проблемам взаимоотношений с наркотицирующим ребенком</p>
Развитие инфраструктуры и содержания дополнительного образования детей	<p>Кружковая и студийная работа; программы досуговой деятельности (музыкально-развлекательные мероприятия, дискотека, КВН, «Что? Где? Когда?», викторины, конкурсы, Интернет-кафе) и т.д.</p>
Работа с педагогами по формированию установок здорового образа жизни, навыков саморегуляции и стрессоустойчивости, развитию психологической компетентности	<p>Тренинги, консультации, семинары, проектная работа</p>
Работа с родителями	<p>Родительский всеобуч, родительский университет, организация групп родительской поддержки для «проблемных» семей, семейное консультирование, социально-педагогическая поддержка и помощь «проблемной» семье, тренинги по развитию социально-психологической компетентности</p>

Профилактическая работа, направленная на снижение семейных факторов риска наркотизации

Несмотря на понимание большинством родителей их основополагающей роли в воспитании и развитии своих детей, в современном обществе имеют место проблемы, которые можно сгруппировать и условно назвать следующим образом.

1. **«Это меня не коснется».** Значительная часть родительской общественности склонна рассматривать наркоманию как сугубо индивидуальную проблему отдельных людей. Сегодня велика доля равнодушия, позиционной нейтральности и терпимости к происходящим вокруг негативным явлениям, родители очень часто подвержены ошибочной иллюзии, состоящей в уверенности в том, что беда наркомании не может коснуться их ребенка.
2. **«Не хочу учиться, и так все знаю».** Вторая группа проблем связана с отсутствием знаний, навыков и современных социально адаптированных стратегий поведения взрослых, не позволяющих им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку детям.

2.1. «Погода в доме». По оценкам специалистов большинство современных семей характеризуются неблагоприятным психологическим климатом, неустойчивым типом взаимоотношений, дезориентациями ближайших и перспективных семейных целей, сведением смысла жизни к парадигме прагматичности. Значительная часть современных родителей занята проблемой зарабатывания денег и не уделяет достаточного времени общению со своими детьми, не обладает достаточным уровнем психолого-педагогической и правовой культуры. В результате подростки оказываются одинокими и психологически беспомощными в связи с утратой связи со старшим поколением.

2.2. «Ничего не слышу, ничего не вижу». Обращает на себя внимание недостаточная информированность детей и родителей о квалифицированной бесплатной консультативной и лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией.

3. «Ничего не случилось». Большинство родителей стремится скрыть факт употребления ребенком наркотиков и решать возникшие проблемы в первую очередь через медицинских специалистов. Причем, в основном, население ориентировано на анонимную наркологическую помощь. Многие при этом стремятся прибегать к услугам

частнопрактикующих специалистов, что в целом иногда только загоняет проблему в тупиковое положение. Выявление лиц с наркотическими проблемами и до настоящего времени вызывает большие трудности, в результате чего фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных, запущенных случаев наркомании, токсикомании и алкоголизма.

Родители, даже серьезно обеспокоенные волной ранней наркотизации, являются практически беспомощными и мало организованными в осуществлении конкретных профилактических воздействий и относятся к ним негативно или безучастно, равнодушно.

Как показывает практика, обеспечить надежную защиту детей от наркоопасности часто мешают заблуждения родителей.

Заблуждение родителей	Рекомендация специалиста
Если мы в свое время, когда были подростками, не пристрастились к чему-то плохому, значит, и наши дети не пойдут на это	Ваша бдительность позволит вовремя обнаружить опасные отклонения в поведении ребенка
Мы хорошо знаем внутренний мир своего ребенка	Важно знать, чем занят ваш ребенок! Иногда внешнее отсутствие каких-либо нежелательных действий скрывает за собой вредное занятие. Поощряя ребенка, поддерживайте разговор, демонстрируйте вашу заинтересованность в том, что он вам рассказывает. Например, спросите: «А что было дальше?» или «Расскажи мне об этом...» или «Что ты об этом думаешь?». Мир ребенка меняется ежечасно, та или иная ситуация может оставить неизгладимый след
Провести беседу о вреде наркотиков или предложить ребенку что-то почитать на эту тему — вполне достаточная воспитательная мера в формировании негативного отношения к наркотикам	Помощь ребенку — это не разовая акция, а большая ежедневная работа на длительный срок. Будьте другом своему ребенку
Чем меньше информации на тему наркотиков, тем лучше	Оградив ребенка от ненужной информации, вы не сможете оградить его от школы, друзей и т.д.
Благополучие ребенка зависит только от того, сколько мы вложили в него сегодня (основными вложениями считаются деньги и знания)	Любите своего ребенка, проявляйте заинтересованность его делами, заботьтесь о нем

<p>Следует пустить все на самотек — ребенок настолько разумен, что инстинкт самосохранения его вовремя остановит</p>	<p>Это непростая задача — показать ребенку-подростку, что мир прекрасен во всех его проявлениях. Для этого необходимо не терять с ним внутренней связи, интересоваться, чем он живет, относиться к его личности с уважением. Только от взрослых зависит, будет ли сохранен добрый дух семьи, который впоследствии станет для ребенка «охранной грамотой» в любых жизненных испытаниях. Доброжелательность и общительность — главные условия существования гармонии внутри семьи</p>
--	---

Цели профилактической работы с родителями:

- формирование у родителей установки на актуальность проблемы наркотизации детей и подростков, непримиримого отношения к употреблению и распространению наркотиков,
- формирование у родителей навыков оценки факторов риска наркотизации, а также качеств, способствующих эффективному социально поддерживающему и развивающему поведению в семье и в процессе взаимодействия с детьми,
- формирование группы лидеров родителей — активных субъектов наркопрофилактики.

Задачи профилактической работы с родителями:

- 1) знакомить родителей с психологическими особенностями подростка, эффектами психоактивных веществ, особенностями семейных взаимоотношений и семейным преодолевающим поведением;
- 2) формировать активное отношение родителей к риску наркотизации в той среде, в которой растет и общается их ребенок;
- 3) предупреждать случаи вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, эмоционального отвержения, жестокого обращения в семье;
- 4) оказать помощь семье, когда ребенок начал злоупотреблять психоактивными веществами;
- 5) организовать на уровне дома, двора, уличного микросоциума благополучную ненаркотическую среду, нетерпимую к антиобщественному поведению детей, распространению среди них алкоголя, наркотиков и иных психоактивных веществ.

Условия эффективности профилактики:

- возрождение системы родительского всеобуча, развитие разнообразных форм психолого-педагогического просвещения родителей, повышение их культурно-образовательного уровня с учетом

различного социального положения семей; создание системы массовых мероприятий с родителями, работы по организации совместной общественно значимой деятельности и досуга родителей и обучающихся;

– выявление и использование в практической деятельности позитивного опыта семейного воспитания, традиций семейной педагогики;

– оказание помощи родителям в формировании нравственного образа жизни семьи, в профилактике и диагностике наркомании, в предупреждении других негативных проявлений у детей и подростков.

Основные функции субъектов профилактической деятельности при организации работы с родителями.

Одним из главных социальных институтов, обеспечивающих воспитательный процесс и реальное взаимодействие ребенка, родителей и социума, по-прежнему остаются общеобразовательные организации.

Субъектами организации антинаркотической профилактической работы с родителями в образовательном пространстве являются:

Администрация образовательной организации: осуществляет контроль и координацию профилактической работы в образовательной организации в целом.

Учителя-предметники и классные руководители: благодаря более тесному взаимодействию со школьным коллективом обладают возможностью комплексного подхода к решению проблемы (организация внеклассных мероприятий, работа с родителями, медико-психолого-педагогической службой школы и т.д.), обеспечивают организацию профилактической работы на уроке.

Медико-психолого-педагогическая служба:

врач (фельдшер) обеспечивает работу медицинских кабинетов — одного из важных звеньев антинаркотической профилактики, консультативного пункта для педагогов, детей, родителей;

педагог-психолог:

- организует психологическую поддержку педагогического процесса (выявление и предотвращение ситуаций риска, возникающих в ходе учебно-воспитательного процесса, решение конфликтных ситуаций),
- оказывает психологическое консультирование и сопровождение семей учащихся,
- обеспечивает организационно психологическую помощь детям первой группы риска, в т.ч. направление ребенка и его родителей к специалисту, который окажет квалифицированную помощь;

социальный педагог:

- участвует в совместной деятельности заинтересованных организаций, устанавливает с ними постоянные и действенные контакты,
- участвует в систематической работе с семьями школьника (особенно с семьями детей группы риска).

Органы ученического самоуправления: создают общешкольное волонтерское движение, проводят социологические опросы, участвуют в антинаркотических мероприятиях, организуют постоянную работу внутришкольного наркопоста.

Библиотека: обеспечивает информационно-методическую базу профилактической работы.

Учреждения дополнительного образования и культуры: организуют информационно-просветительскую работу с родителями, совместное творчество детей, педагогов и родителей, создают условия для активного участия родителей в организации досуга детей.

Общественные организации: развивают широкую профилактическую деятельность в образовательных организациях, в СМИ, проводят массовые антинаркотические акции.

Районная (городская) наркологическая служба: организует консультативную работу по признакам приобщения ребенка к наркотикам.

Средства массовой информации, в том числе Интернет: формируют общественное мнение.

Правоохранительные органы:

- работают с детьми и родителями по вопросам правовой ответственности за употребление, хранение и распространение наркотических средств и психотропных веществ,
- осуществляют юридическое консультирование по проблемам наркомании,
- обеспечивают взаимодействие школы с районными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделениями профилактики правонарушений несовершеннолетних,
- организуют первичный профилактический учет детей и подростков, замеченных в приеме наркотиков.

Инспектор по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, закрепленный за общеобразовательной организацией: проводит профилактическую деятельность с учащимися, родителями и педагогическими коллективами.

Как показывает практика, в образовательных организациях сегодня активно используются **четыре группы форм работы с родителями:**

1. *Интерактивная:* анкетирование, диагностика, дискуссии, круглые столы, конференции, вечера вопросов и ответов, консультации

специалистов.

2. *Традиционная*: тематические классные часы, родительские собрания (классные, общешкольные, городские, районные, областные), вечера отдыха, семейные спортивные и интеллектуальные состязания, творческие конкурсы.

3. *Просветительская*: использование СМИ для освещения проблем воспитания и обучения детей, организация родительского всеобуча, выпуск бюллетеней, листовок, стендов и уголков для родителей.

4. *Государственно-общественная*: создание попечительских советов, советов школ, советов отцов, городских (районных) советов родителей.

Первые три группы форм достаточно широко используются в работе, апробированы в течение десятков лет и дают хорошие результаты в области взаимодействия семьи и образовательной организации.

Основными формами профилактической антинаркотической работы с родителями *в организациях среднего и высшего профессионального образования* являются:

1. Информирование родителей о случаях наркотизации студента, о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков;

2. Организация среди родителей, нетерпимо относящихся к наркотизации подростков и молодежи, групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики, созданных в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.