

**Лучшие практики диагностики,
лечения и реабилитации зависимости
от психоактивных веществ**

*Раннее выявление и профилактика
распространения зависимостей*

3 том

Павлодар
2003

Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: Раннее выявление и профилактика распространения зависимостей. Павлодар. – 2003. – III том. – 121с.
ISBN 9965 – 652 – 10 – 5

В настоящем издании представлены лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ: раннее выявление и профилактика распространения зависимостей.

Главный редактор:

Алтынбеков С.А.

Редакционный совет:

Катков А.Л.

Россинский Ю.А.

Юсопов О.Г.

Денисова Е.В.

Каражанова А.С.

Нургазина А.З.

Редакционная коллегия:

Абеева А.Г., Азанова Б.А., Башилов В.В., Брыжахина Ж.Д.,
Василенко И.В., Ермакова К.Т., Жолдасова Ж.А., Идрисова А.М.,
Лисица Т.И., Молчанов С.Н., Пак Т.В., Рамм А.Н., Рахимжанов Б.А.

Секретариат: Конькова Н.А., Применко О.С., Жукенова А.С.

ISBN 9965 – 652 – 10 – 5

© РГКП “Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2003

Раннее выявление и профилактика распространения зависимостей

Содержание

<i>Латышев Г.В., Бережная М.А., Речнов Д.Д.</i>	
Организация мероприятий по профилактике наркомании <i>Самошкин А.А., Васильев И.Б.</i>	4-37
Технологии профилактики наркологических заболеваний <i>Сидоров П.И.</i>	37-44
Основные стратегии развития превентивной наркологии <i>Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелинас В.Е.</i>	44-61
Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации <i>Дереча В.А.</i>	62-69
Основы первичной позитивной наркопрофилактики <i>Юсупов О.Г.</i>	69-78
Профилактика аддиктивного поведения среди детей и подростков <i>Юсупов О.Г.</i>	78-94
Телефонная Консультативная Служба для детей и подростков <i>Аманова Ж.Ш., Алтынбекова Г.И., Юсупов О.Г., Рамм А.Н.</i>	94-99
Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в образовательных учреждениях	100-121

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ

Г.В.Латышев, М.А.Бережная, Д.Д.Речнов

1. Постановка проблемы

В настоящее время употребление наркотиков - одна из наиболее серьезных молодежных проблем в Петербурге. К сожалению, сегодня наш город занимает одно из первых мест в России по числу употребляющих наркотики. Количество наркозависимых постоянно растет, а средний возраст их уменьшается. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения различными инфекциями, включая СПИД. Лечение и освобождение от наркотической зависимости - это целый комплекс медицинских и социальных мероприятий. Их реализация сопряжена с большими материальными и моральными затратами, а положительный исход возможен далеко не всегда т.к. на сегодняшний день адекватной системы помощи наркозависимым в России не существует.

Кроме того, наркотики приносит ощутимый вред не только тем, кто их употребляет, но и близким, окружению, обществу в целом.

Наркоманию можно рассматривать, как «заразное» заболевание, распространение которого происходит внутри групп. Поэтому невозможно «изолированное» существование наркозависимого в среде: рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков.

Исходя из этого, нельзя рассматривать лечение на стадии сформировавшейся зависимости как единственное средство борьбы с распространением наркомании. Такой подход не дает и не может дать положительного результата.

Основной акцент должен ставиться на профилактические, превентивные меры. Необходимость такой работы признается сегодня и врачами, и педагогами, и общественностью, и администрацией города. В связи с этим показательны результаты анкетирования участников семинара по проблемам наркомании, который прошел в марте - апреле 1997 г. Участники семинара - учителя и социальные работники школ и клубов Санкт - Петербурга.

Опрос участников продемонстрировал как наличие существенного недостатка знаний в вопросах, связанных с наркотиками, (работники школ знают об этой проблеме значительно меньше своих учеников), так и готовность участвовать в профилактической работе и обучаться методам ее ведения.

Цель данного пособия - познакомить педагогов с основами профилактики распространения наркомании в школе. В нем изложены основные принципы

организации и ведения профилактической работы, информация, дающая представление о наркотиках, наркотической зависимости и правилах поведения и общения с подростками, употребляющими наркотики.

2. Основные понятия и определения (из Федерального Закона о наркотических средствах и психотропных веществах)

наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года;

психотропные вещества - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года;

прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ (далее - прекурсоры) - вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических средств и психотропных веществ, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года;

аналоги наркотических средств и психотропных веществ - запрещенные для оборота в Российской Федерации вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и со свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят;

препарат - смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько наркотических средств или психотропных веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров - культивирование растений; разработка, производство, изготовление, переработка, хранение, перевозка, пересылка, отпуск, реализация, распределение, приобретение, использование, ввоз на таможенную территорию Российской Федерации, вывоз с таможенной территории Российской Федерации, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, разрешенные и контролируемые в соответствии с законодательством Российской Федерации;

незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров - оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, осуществляемый в нарушение законодательства Российской Федерации;

производство наркотических средств, психотропных веществ - действия, направленные на серийное получение наркотических средств или психотропных веществ из химических веществ и (или) растений;

изготовление наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых на основе наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров получены готовые к использованию и потреблению формы наркотических средств, психотропных веществ или содержащие их лекарственные средства;

переработка наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых происходят рафинирование (очистка от посторонних примесей), повышение в препарате концентрации наркотических средств или психотропных веществ, а также получение на их основе веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами;

распределение наркотических средств, психотропных веществ - действия, в результате которых в соответствии с порядком, установленным Правительством Российской Федерации, конкретные юридические лица получают в установленных для них размерах конкретные наркотические средства или психотропные вещества для осуществления оборота наркотических средств или психотропных веществ;

ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (далее - ввоз (вывоз)) - перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров с таможенной территории другого государства на таможенную территорию Российской Федерации или с таможенной территории Российской Федерации на таможенную территорию другого государства;

наркомания - заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества;

большой наркоманией - лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз «наркомания»;

незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ - потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;

государственные квоты на наркотические средства и психотропные вещества (далее - государственные квоты) – квоты на наркотические средства и психотропные вещества, устанавливаемые Правительством Российской Федерации в соответствии с международными договорами Российской Федерации на основании расчета потребности Российской Федерации в наркотических средствах и психотропных веществах, в пределах которых осуществляется их оборот.

3. О социологическом исследовании уровня наркотизации молодежи Санкт-Петербурга

В ноябре-декабре 1997 г. Центр Профилактики наркомании совместно с НИИ Комплексных социальных исследований СПб ГУ и Комитетом по делам семьи, детства и молодежи Администрации СПб провел социологическое исследование по уровню наркотизации молодежи Санкт Петербурга. В исследовании приняли участие 7229 респондентов в возрасте от 14 до 25 лет, проживающие во всей районах города.

В задачу исследование входило определение отношения молодых людей к проблеме наркомании, уровня наркотизации молодежи города, а также изучение факторов, влияющих на формирование отношения к наркотикам.

Отношение молодежи к проблеме

Результаты опроса подтверждают актуальность проблемы для молодежи с одной стороны и демонстрируют отсутствие ее правильного понимания у значительной части с другой.

Отношение к наркомании как социальной проблеме.

13% опрошенных считают наркоманию одной из острых проблем общества и ставят ее на 6 место после бедности, роста преступности, безработицы, и загрязнение окружающей среды.

Большинство опрошенных (47%) считает наркоманию одной из самых страшных социальных проблем, серьезно угрожающей человечеству.

По мнению 40% наркомания поражает только слабых и “проблемных” людей, 12,6% молодежи не может охарактеризовать данную проблему.

В той или иной степени наркомания представляет опасность для 63% друзей опрошенных.

36% допускают возможность легализации наркотиков.

Отношение к наркотикам и лицам, злоупотребляющим наркотическими средствами

Анкета содержала правильные и ложные утверждения (мифы) о наркомании. Результаты ответов на ложные утверждения свидетельствуют, что большинство опрошенных 57,7% не разделяют мифы о наркотиках и их потребителях, однако часть опрошенных 15,5% имеют ложные представления о наркомании, а 27,6% не могут отличить правильное утверждение от ложного.

Отношение к потребителям наркотических средств достаточно благожелательно, 30% считают необходимым внимательное и терпимое отношение к наркозависимым как больным людям, 37% считают необходимым принудительное лечение от наркомании, 25% не могут определить своего отношения к наркозависимым и лишь 8% считают наркозависимых социально опасными, нуждающихся в изоляции от общества.

Половина опрошенных полагает, что человек может самостоятельно отказаться от злоупотребления наркотиками, а большинство - 71% считают, что бывший наркоман может возвратиться в общество полноценным человеком.

Проблемы личности как фактор риска

Результаты исследований показали, что значительная часть опрошенных имеет личностные проблемы, они с тревогой и неуверенностью смотрят в будущее 20%, не имеют жизненных планов 30%, периодически оказываются в жизненных ситуациях, которые кажутся им безвыходными 56 %, при этом 32% в данных ситуациях прибегают к употреблению алкоголя, а 10% к употреблению наркотиков.

В целом все опрошенные считают, что родители и учителя (последние в большей степени), дают заниженную оценку их личным качествам, и лишь у друзей эта оценка имеет положительные значения, превышающие уровень самооценки. 22% опрошенных имеют низкую самооценку.

38% испытывают эмоциональные и поведенческие проблемы. Данные результаты свидетельствуют о наличии среди опрошенных высокого уровня неуверенности и неудовлетворенности собой, рассогласованности восприятия собственной личности. Личностные проблемы могут привести к проблемным формам поведения как варианту эмоционально-поведенческой защитной реакции. Так у 16.3% из числа ранее не употреблявших наркотики, существует психологическая готовность попробовать наркотик.

Семейные факторы риска

Семейное неблагополучие в материальном плане отмечают 22% опрошенных, в психологическом - 17,8%.

Отмечают отсутствие взаимопонимания с отцом 14,4% с матерью 6,1%, периодически бывают конфликты с родителями у большей половины опрошенных. Негативные действия со стороны родителей испытывают 28,8% - безразличие, агрессию в т.ч. физическую 15,5%, психологическое давление 45%, оскорбления 50,5%, сексуальные домогательства 1,8%.

Конфликты между родителями наблюдают 57,3% опрошенных. Среди членов семьи опрошенных злоупотребляют алкоголем 25,2%, наркотическими средствами 5,8%.

Последствия для здоровья, СПИД

Данные опроса о последствиях злоупотребления наркотиками для здоровья показали, что 30% опрошенных не знают о медицинских последствиях.

Несмотря на то, что 11,3 процента от числа опрошенных признают СПИД опасной социальной проблемой, 23% не обладают необходимой информацией о СПИДе и не знают о роли наркомании в его распространении.

Юридическая ответственность

13,4% опрошенных не знают об ответственности за распространение наркотиков, 30,2% знают лишь отчасти.

29,7% не знают или не согласны с тем, что злоупотребление наркотиков приводит к конфликту с законом.

8,7% считают для себя приемлемым зарабатывать деньги торговлей наркотиками.

Из числа опрошенных 8,7% состоят на учете в ОППН, уголовное дело возбуждено в отношении 2,3% респондентов (среди злоупотребляющих наркотиками в 2 раза больше).

Злоупотребление наркотическими средствами

Среди опрошенных **36,6%** хотя бы однократно употребляли наркотические средства.

Опасность однократного употребления наркотиков подтверждается тем, что большинство (53,4%) продолжили употребление наркотиков после первой пробы.

Большинство имеющих опыт употребления наркотиков прибегают к ним эпизодически 62,5%, от случая к случаю 33,3%, а 4,3% - употребляют их систематически.

Распределение употребляющих по возрасту первой пробы: 1,4% - до 10 лет, 41,2% - в 11 - 14 лет, 51% в 15 -17 лет и 0,4% - с 20 лет показывает необходимость начала ведения профилактических программ, по крайней мере, с 10 летнего возраста.

Наиболее популярными наркотиками препараты конопли - 55,7%. Далее следуют галлюциногены - 14,6%, психостимуляторы амфетаминового ряда - 10,8%, препараты опия - 5,4%, кокаин - 2,4%, не установленные препараты - 10,8%. В соответствии с этим распределяется и указания на способ употребления - 56% - курение, 32% - инъекционным путем, 30,3% орально, 6,9% - в процессе ингаляций.

Употребление наркотиков в основном происходит там, где молодые люди проводят свободное время, дома, на дискотеках и в клубах - 32,4%, в учебных заведениях - 5,8%. В компании предпочитают принимать наркотики 52,3%, в одиночестве - 4,5%.

Приобретение наркотиков в 60% случаев происходит у друзей и знакомых, в местах отдыха -12,1%, в учебных заведения и около них - 6,5%, на рынке - 5,7%, в аптеке - 3,2%, изготавливают самостоятельно - 2,4%.

Считают себя “наркоманами” - 2,6%.

Отношение к возможности отказа от наркотиков

Не сомневаются в своих возможностях прекратить наркотизацию - 86,9%, хотя 73,2% уже пробовали отказаться, но продолжают злоупотреблять наркотиками. 36% высказывают желание прекратить наркотизацию. Только 10,6% считают, что для этого необходимы условия - прекратить общаться с наркозависимыми друзьями, остальные выдвигают “абстрактные” условия.

Не пробовали отказаться от злоупотребления наркотиками - 26,8%, не хотят - 10,1%, не думали об этом - 53,8%. Только 3,4% считают, что не смогут самостоятельно прекратить употребление наркотиков.

Употребляющие наркотики считают, что если они захотят прекратить наркотизацию, то им могут помочь:

- друзья - 63,8%
- родители - 47%
- врачи, психологи - 31,4%
- бывшие наркоманы - 56,2%
- экстрасенсы - 7,8%

В 67% случаев родители не знают и не догадываются, что их дети употребляют наркотики, а из тех, кто знает 18,7% бездействуют, 71,8% пытаются решить проблему самостоятельно:

- уговоры - 23,5%
- убеждения - 34%
- наказания - 14,3%
- обращаются к специалистам - 7,0%
- обращаются в милицию - 2,5%

4. Принципы ведения профилактической работы

Организация мероприятий по профилактике наркомании строится на основе целевых программ, объединенных общей концепцией профилактической работы.

Цели такой работы - создание в молодежной среде ситуации, препятствующей злоупотреблению наркотиками и снижение вреда от их употребления.

Любая профилактическая программа должна включать в себя определенные виды деятельности в каждом из следующих направлений:

- Распространение информации о причинах, формах и последствиях употребления наркотических средств.

- Формирование у подростков навыков анализа и критической оценки информации, получаемой о наркотиках, и умения принимать правильные решения.

- Предоставление альтернатив наркотизации. Цель работы в данном направлении - коррекция социально-психологических особенностей личности.

- Целевая работа с группой риска - определение групп риска и оказание адекватной помощи в преодолении проблем, ведущих к появлению тяги к наркотикам.

- Взаимодействие с организациями и структурами, проводящими профилактическую работу.

- Работа по изменению отношения к злоупотребляющим наркотиками - оно должно стать более гуманным. Однако необходимо пресекать любые попытки распространения идей о легализации наркотиков, правомочности их употребления и облегчении доступа к ним.

Это - общие принципы ведения профилактической работы. Школа, как социальный институт, обладает рядом уникальных возможностей для их успешной реализации:

- возможность привития навыков здорового образа жизни в процессе обучения и контроль за их усвоением,

- влияние на уровень притязаний и самооценку,

- свободный доступ к семье подростка для анализа и контроля ситуации,

- возможность привлечения специалистов по профилактике.

Можно сформулировать ряд правил построения профилактических программ в школе.

Принципы построения школьных программ в области антинаркотического просвещения:

- Любая работа в области антинаркотического просвещения должна проводиться только специально обученным персоналом из числа работников школы в рамках комплексных программ на базе утвержденной концепции профилактической работы.

- Просветительские программы должны вестись на протяжении всего периода обучения ребенка в школе, начинаться в младших классах и продолжаться до выпуска.

- В ходе программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влиянии на психическое, психологическое, социальное и экономическое благополучие человека.

- Информация должна быть уместной и предоставлять знания о последствиях злоупотребления наркотиками для общества.

- Необходимо делать акцент на пропаганде здорового образа жизни и на формировании жизненных навыков, обязательных для того, чтобы противостоять желанию попробовать наркотики или «приблизиться» к ним в моменты стресса, изоляции или жизненных неудач.

- Информация должна предоставляться с учетом особенностей аудитории (пола, возраста и убеждений).

- Родители и другие взрослые, играющие важную роль в жизни ребенка, должны вовлекаться в разработку стратегии антинаркотического просвещения.

- Для оценки эффективности любой профилактической программы необходимы регулярные социологические исследования, проводимые независимыми экспертами.

Чего не следует допускать, работая в области антинаркотического просвещения:

- использования тактики запугивания: неэффективность такой тактики доказана;
- искажения и преувеличения негативных последствий злоупотребления наркотиками при описании их воздействия;

- разового характера действий, направленных на профилактику. Такой подход не дает возможности подросткам развивать навыки противостояния наркотикам;

- ложной информации. Даже после однократной ее подачи вся дальнейшая информация будет отторгаться подростками, которые сегодня достаточно хорошо информированы;

- упоминания о культурных предпосылках употребления наркотиков;
- оправдания употребления наркотиков, какими бы то ни было причинами.

5. Организация профилактической работы

Можно сформулировать следующие задачи организации широкой профилактики употребления наркотиков в школах:

1. Организация и проведение целевых программ, направленных на снижение спроса на наркотики и уменьшение вреда от их употребления.

2. Подготовка групп специалистов способных реализовывать эти программы из числа педагогов.

Организация раннего выявления случаев употребления наркотиков с целью оказания помощи, что включает в себя: а) просветительскую работу с родителями и работниками школы. б) определение групп риска и профилактическая работа совместно с родителями, правоохранительными органами и органами социальной защиты.

3. Содержание мероприятий профилактической программы определяется в соответствии с тем, как в разных возрастных группах происходит накопление знаний о наркотиках и формирование отношения к ним:

10 -12 лет

Интересует все, что связано с наркотиками - их действие, способы употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

12 -14 лет

Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков - марихуана за наркотик не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие - из любопытства, знакомы с потребителями многие.

О наркотиках знают много - из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

14 -16 лет

По отношению к наркотикам формируется 3 группы:

1) «Употребляющие и сочувствующие» - интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении, с возможностью и продолжительностью употребления без наличия зависимости. Употребление считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.

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

3) Группа, не определившая своего отношения к наркотикам. Значительная ее часть может начать употребление под влиянием друзей.

16 -18 лет

Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными.

В группе «Употребляющих и сочувствующих» пожинают первые плоды, в связи с этим наибольший интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие.

Среди радикальных противников растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Психологи и врачи-наркологи отмечают следующие обстоятельства, которые способствуют приобщению к наркотикам и повышают риск заболевания наркоманией.

1. Патология беременности и осложненные роды.
2. Тяжелые и/или хронические заболевания, перенесенные в детском возрасте.
3. Сотрясения головного мозга (особенно многократные).
4. Неполная семья.
5. Сильная занятость родителей.
6. Отсутствие братьев и сестер.
7. Алкоголизм или наркомания у кого-либо из близких родственников или близких людей.
8. Психические заболевания, тяжелый характер или частые нарушения общепринятых правил поведения у кого-либо из близких родственников.
9. Раннее (12-13 лет) начало самостоятельной жизни и преждевременное освобождение от опеки родителей.
10. Гиперопека со стороны родителей.
11. Искаженные семейные отношения, приводящие к неправильному освоению социальных ролей.

12. Легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и непонимание того, как они достаются.

Эти факторы можно разделить на две группы - медицинские (1,2,3,7,8) и социальные (4,5,6,9,10,11,12). Под влиянием последних, так или иначе, у человека происходит деформация личности, формируется неадекватная система ценностей, снижается уровень притязаний, появляется «опустошенность», приводящая к отверженности. Под влиянием медицинских факторов ослабленный организм часто не в состоянии противостоять негативным воздействиям среды, находить силы для преодоления тяжелых жизненных ситуаций. Человек пытается найти свой способ уйти от решения проблем, что поначалу и позволяет сделать наркотик. Многие подвергаются воздействию указанных факторов, и у таких людей, даже не ставших наркоманами, всегда выше риск развития заболевания вплоть до стадии зависимости после однократного приема наркотиков.

Необходимо сказать о существующих стадиях развития заболевания. Эти знания дают возможность не только распознать факт употребления наркотиков, но и правильно определить стиль поведения, объем и направление предоставляемой помощи.

Существует медицинская классификация стадий развития наркомании. Она основана на анализе проявления различных форм зависимости - социальной, психической и физической.

О социальной зависимости говорят тогда, когда человек еще не начал употребление наркотиков, но возвращается в среде употребляющих, принимает их стиль поведения, отношение к наркотикам и внешние атрибуты группы. Он внутренне готов сам начать употребление. Часто к такой группе можно принадлежать, только исповедуя ее принципы и подчиняясь ее правилам. Желание не быть отторгнутым может быть столь сильным, что заслоняет привычные представления, изменяет поведение. Неотъемлемое условие этой стадии заболевания - наличие группы (которая может формироваться даже вокруг одного употребляющего наркотика). Единственным способом предотвращения дальнейшего развития заболевания является своевременное выявление и разрушение группы. Необходимо работать с лидерами группы, препятствовать вовлечению в нее новых членов, пусть даже путем изоляции лидеров. На этом этапе остановить развитие заболевания проще всего. Упустить этот момент - значит, затруднить дальнейший контакт с членами группы, для которых развитие заболевания может перейти на следующую стадию.

После начала употребления наркотиков у подростка быстро формируется психическая зависимость. Она проявляется в том, что человек стремится вновь вернуть состояние, которое он испытывал, находясь в наркотическом опьяне-

нии. Он стремится или получить приятные ощущения от приема наркотиков, которые могут быть очень сильны, или, находясь под воздействием наркотиков, отвлечься от неприятных переживаний и отрицательных эмоций. В первом случае человек, будучи лишен возможности принимать наркотики, воспринимает действительность “серой”, недостаточно динамичной и живой, во втором, оказывается, подавлен проблемами, от которых он и пытался уйти, прибегая к употреблению наркотиков. В зависимости от вида наркотика его воздействие на человека может проявляться по-разному. Это подробно описано в следующем разделе. Стремление избежать психологического и эмоционального дискомфорта столь сильно, что человек не в силах отказаться от дальнейшего употребления. На этой стадии заболевания ему уже необходима помощь специалистов - психологов и врачей, которая приносит результаты только при поддержке близких людей, особенно родителей.

При более продолжительном употреблении наркотиков формируется физическая зависимость, которая появляется вследствие включения наркотика в процесс обмена веществ. В этом случае при прекращении приема наблюдается состояние физического дискомфорта различной степени тяжести - от легкого недомогания до тяжелых проявлений абстинентного синдрома. Конкретные его симптомы зависят от вида наркотика и от особенностей организма человека. Такому больному необходима серьезная медицинская помощь для того, чтобы выдержать состояние абстиненции.

В зависимости от стадии заболевания изменяется и частота употребления наркотиков - от периода проб через эпизодическое употребление к систематическому. Однако систематическое употребление не обязательно связано с наличием физической зависимости, а может начаться и значительно раньше.

6. Наркотики и последствия их употребления (информация для учителя)

В данном разделе приведены описания и свойства основных наркотических средств, злоупотребление которыми наиболее широко распространено в Петербурге. Эта информация предназначена только для учителей и других работников школ. Недопустима организация, каких либо профилактических или образовательных мероприятий с опорой на этот материал, так как в любой подростковой группе всегда есть люди, которых привлекает именно риск и опасность. Для них проба наркотика - способ испытать себя, и предлагаемая информация может стать фактором, провоцирующим первую пробу.

Опиаты

Наркотики, обладающие седативным “затормаживающим” действием.

К этой группе относятся природные и синтетические вещества, содержащие морфиноподобные соединения. В большинстве случаев вводятся внутривенно.

Все природные наркотические средства опийной группы получают из мака.

В нашем регионе чаще всего опийные наркотики встречаются в следующем виде:

- маковой соломки - измельченные и высушенные части стеблей и коробочек мака (зерна мака наркотически активных веществ не содержат). Соломка используется для приготовления раствора ацелированного опия.

- ацелированный опий - готовый к употреблению раствор, полученный в результате ряда химических реакций. Имеет темно коричневый цвет и характерный запах уксуса.

- опий-сырец - специально обработанный сок растений мака используется как сырье для приготовления раствора ацелированного опия. Субстанция, напоминающая пластилин. Цвет - от белого до коричневого. Продается небольшими кусочками-шариками.

- метадон - сильный синтетический наркотик опийной группы. Продается в виде белого порошка или готового раствора. В некоторых странах разрешен как средство заместительной терапии при лечении опийной наркомании. В России полностью запрещен.

Общие свойства опиатов

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

Включаясь в обменные процессы, приводит к быстрому (иногда после одного-двух приемов) возникновению сильнейшей психической и физической зависимости.

Крайне разрушительно действуют на организм.

Признаки опьянения наркотиками опийной группы:

- необычная сонливость в самое разное время.
- замедленная «растянутая» речь, часто «отстает» от темы и направления разговора.
- добродушное, покладистое, предупредительное поведение.
- производится впечатление постоянной задумчивости.

- стремится к уединению в тишине и темноте, несмотря на время суток.
- очень узкий зрачок, не реагирующий на изменение освещения.
- снижение остроты зрения при плохом освещении.
- снижение болевой чувствительности.

Действие наркотика продолжается 6-12 часов.

Если употребление опиатов уже вошло в систему (стало периодичным с определенным интервалом между приемами наркотика), то после прекращения действия наркотика начинает развиваться абстинентный синдром - обязательный компонент опиной наркомании - проявление физической зависимости. Абстинентный синдром («ломка») объясняется участием наркотика в процессах обмена веществ.

По наличию абстинентного синдрома можно распознать употребление наркотиков.

Проявления:

- беспокойство, напряженность, раздражительность.
- абстинентный синдром в легкой форме при наличии слабой физической зависимости напоминает ОРЗ, внезапно начинается и также внезапно проходит.
 - резкое и сильное расширение зрачков, покраснение глаз, слезотечение.
 - насморк и чих.
 - желудочные расстройства.
 - бессонница.
 - ломота и сильные боли во всем теле (у наркоманов «со стажем»).

К признакам **систематического употребления** можно отнести комплекс:

- резкие частые смены настроения и активности вне зависимости от ситуации.
- нарушение режима сна и бодрствования.
- неестественно узкие зрачки.
- необъяснимые частые недомогания.

Наркотики опиной группы наиболее распространены в нашем городе, опиная наркомания - одна из самых тяжелых и опасных. Очень трудно поддается лечению.

Последствия употребления опиатов:

Медицинские:

- огромный риск заражения СПИДом и гепатитом из-за использования общих шприцев.

- поражения печени из-за низкого качества наркотиков - в них остается уксусный ангидрид, который используются при приготовлении наркотика.
- сильное снижение иммунитета, как следствие - подверженность инфекционным заболеваниям.
- заболевания вен.
- разрушение зубов из-за нарушения кальциевого обмена.
- импотенция.
- снижение уровня интеллекта.

Очень велика опасность передозировки с тяжелыми последствиями вплоть до смерти

Социальные:

- разрушение социальных связей - потеря семьи и друзей.
- потеря работы.
- деградация личности: ослабление воли и потеря свободы.

Маришуана и гашиш (препараты конопли - каннабиноиды)

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

Маришуана

Высушенная или не высушенная зеленая травянистая часть конопли. Светлые зеленовато-коричневые размолотые листья и цветущие верхушки конопли. Может быть плотно спрессована в комки. Этот наркотик курят, смешивая с табаком. Чаще всего используют пустые гильзы от «Беломора»

Маришуана продается в Петербурге чаще всего в высушенном и сильно измельченном виде. Расфасована, как правило, в спичечные коробки или сходную тару.

Гашиш

Смесь смолы, пыльцы, и измельченных верхушек конопли - темно коричневая плотная субстанция, подобная пластилину. Гашиш курят с помощью специальных приспособлений. В Петербурге в чистом виде встречается редко.

Действие наркотика наступает через 10-30 минут после курения и может продолжаться несколько часов. Курение гашиша в некоторых арабских странах принято в рамках культурной традиции. Жители этих стран имеют повы-

шенную устойчивость к разрушающему воздействию наркотика, кроме того, его употребление строго регламентировано религиозными и культурными нормами.

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

Признаки употребления препаратов конопли

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

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

При приеме большой дозы - заторможенность, вялость, сбивчивая речь у одних, может сочетаться со вспышками эмоций, агрессивностью, немотивированными действиями у других. Поведение становится неадекватным. Иногда могут возникать галлюцинации. Возможны нарушения ощущения своего тела, искажение пространственных представлений, что приводит к возникновению страхов и паники.

В помещении надолго остается характерный запах, который также может исходить и от одежды.

Последствия употребления

В результате долгого употребления обязательно формируется психическая зависимость. В зависимости от возраста, частоты употребления и индивидуальных особенностей организма скорость формирования зависимости и ее тяжесть могут сильно отличаться у разных людей.

На стадии зависимости курение не приносит удовлетворения, но становится необходимым. Отсутствие ожидаемого эффекта приводит к тому, что для его получения начинают применять алкоголь или более тяжелые наркотики.

Состояние абстиненции напоминает похмелье, сопровождается вспыльчивостью, раздражительностью, нарушениями режима сна.

Курение приводит к бронхиту, эмфиземе, раку легких. Отмечается снижение иммунитета, нарушения координации движений. Со временем возникают изменения характера, снижение памяти, внимания, умственных способностей.

Амфетамины

Наркотики, обладающие психостимулирующим - «возбуждающим» действием.

К этой группе относятся синтетические вещества, содержащие соединения амфетамина. В большинстве случаев вводятся внутривенно.

Эти наркотики получаются из лекарственных препаратов, содержащих эфедрин (солутан, эфедрин гидрохлорид). В природе эфедрин содержится в растении «эфедра». В нашем регионе чаще всего амфетамины встречаются в следующем виде:

- Эфедрон - готовый к употреблению раствор, полученный в результате химической реакции. Имеет розоватый, либо прозрачный цвет и характерный запах фиалки.

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

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

- Speed - готовые к употреблению кристаллы желтоватого цвета. Их вдыхают или курят.

Наркотики этой группы очень широко распространены в Петербурге. Их употребление наиболее опасно в подростковом возрасте из-за того, что разрушительные последствия для психики наступают очень быстро.

Общие свойства амфетаминов

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

Признаки употребления:

- Излишняя двигательная активность.
- Болтливость.
- Деятельность носит непродуктивный и однообразный характер.
- Отсутствует чувство голода.
- Нарушается режим сна и бодрствования.
- Появляется сильное сексуальное раскрепощение

Действие наркотика продолжается 2-12 часов (в зависимости от типа).

Формируется психическая и физическая зависимость. Продолжительное употребление требует постоянного **увеличения** дозы наркотика.

Амфетаминовая наркомания имеет характер «запойной» или «сессионной» - периоды употребления наркотика сменяются «холодными» периодами, продолжительность которых со временем сокращается.

Состояние абстиненции характеризуется сильнейшими депрессивными и дистрофическими расстройствами. Появляется повышенная сонливость. Обостряется вспыльчивость, злобность, агрессивность. Со временем появляется необоснованная тревожность и подозрительность. Возможны попытки суицида.

Последствия употребления амфетаминов

- нервное истощение.
- необратимые изменения головного мозга.
- поражениям сердечно-сосудистой системы и всех внутренних органов.
- огромный риск заражения СПИДом и гепатитом из-за использования общих шприцев.

• поражения печени из-за низкого качества наркотиков - в них остается йод, марганцовка и красный фосфор, который используются при приготовлении наркотика.

• сильное снижение иммунитета, как следствие - подверженность инфекционным заболеваниям.

Очень велика опасность передозировки с тяжелыми последствиями, вплоть до смерти.

Экстази

«Экстази» - общее название для группы синтетических наркотиков-стимуляторов, (MDMA - «Адам», MEEDA - «Ева» и др.). У некоторых из них присутствует галлюциногенный эффект. Одни из наиболее популярных наркотиков по всему миру.

Первый препарат этого ряда был синтезирован в конце прошлого века. В 30-х годах широко применялся в медицинских целях для лечения депрессивных состояний в США, Швеции, Англии. Вскоре из-за обнаружения у препаратов этой группы свойства вызывать привыкание, и разрушительно действовать на функции ЦНС, его медицинское применение было полностью прекращено.

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

Белые, коричневые, розовые или желтые таблетки или разноцветные капсулы содержат около 150 мг. препарата. Часто с рисунками. В нашем городе

распространяются во многих ночных клубах и на дискотеках. Популярны у школьников-старшеклассников.

Достаточно дороги для ежедневного употребления.

Симптомы опьянения:

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

Последствия применения:

Быстро возникает психическая зависимость - без препарата человек не способен к продуктивной деятельности. Со временем «подкачка» требуется для выполнения вполне обычной работы.

Употребление приводит к физическому и нервному истощению. Ресурсы организма быстро исчерпываются. Сильно страдает нервная система, сердце, печень.

Длительное употребление приводит к дистрофии внутренних органов.

Препарат влияет на генетический код и будущее потомство.

Истощение психики приводит к тяжелейшим депрессиям, вплоть до самоубийства.

По свидетельству медицинской статистики 70 процентов больных, поступающих в клиники с первоначальным диагнозом «острый психоз» принимали «экстази».

- 80% опрошенных страдают от резких перепадов настроения.
- 70% одержимы навязчивыми идеями и регулярно впадают в депрессию.
- 35% признались в том, что у них случаются приступы немотивированного панического страха.

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

Галлюциногены

ЛСД

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

Псилоцин и псилоцибин

Псилоцин и псилоцибин - наркотические вещества, обладающие галлюциногенным эффектом. Содержатся в грибах-поганках. Их внешний вид: бледно бежевый цвет, тонкая длинная и кривая ножка, островерхая шляпка-колокольчик. Напоминают ложные опята. Эти грибы в больших количествах вырастают в нашем регионе в августе-октябре. Высушенный гриб содержит в среднем 0,2 - 0,4 процента псилоцибина. Для наступления наркотического опьянения достаточно принять 2 грамма сухих грибов. Наибольшей популярностью псилоцибиновые грибы пользуются у подростков среднего возраста. Главная опасность этих наркотиков в их доступности.

Признаки опьянения

Повышенная частота пульса, повышенное давление, расширение зрачков, дрожание рук, сухость кожи.

Наркотическое опьянение сопровождается изменением восприятия окружающего, нарушениями ощущения своего тела, нарушениями координации движений. Полностью теряется контроль над собой.

Употребления влечет за собой необратимые изменения в структурах головного мозга. Возникают психические нарушения различной степени тяжести вплоть до полного распада личности.

Даже однократный прием ЛСД может привести к изменению генетического кода и необратимо повредить головной мозг. В психике могут остаться следы, неотличимые от заболевания шизофренией. С каждым последующим приемом разрушения усугубляются.

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

Ингалянты

В эту группу входят летучие вещества наркотического действия (ЛВНД). Они содержатся в препаратах бытовой химии: красителях, растворителях, клеях, бензине.

Сами по себе ЛВНД к наркотикам не относятся. Опьяняющее действие возможно, если количество вещества, поступившего в организм очень велико. В этом случае опьянение - один из симптомов отравления токсинами ЛВНД. Состояние характеризуется возникновением галлюцинаций, неадекватным поведением, нарушением координации движений. При употреблении ингалянтов легко получить очень тяжелое отравление со смертельным исходом. При длительном употреблении ЛВНД в результате постоянной “подпитки” организма ядовитыми веществами достаточно быстро развиваются осложнения.

- токсическое поражение печени через 8-10 месяцев.
- энцефалопатия (необратимое поражение головного мозга). Срок развития 10-12 месяцев.
- частые и тяжелые пневмонии.

Результат - изменение характера, отставание в психическом развитии, снижение иммунитета. Длительное употребление ведет к инвалидности. ЛВНД в основном употребляют подростки младшего и среднего школьного возраста.

7. Что делать в критических ситуациях

Перечисленные выше внешние признаки изменения физического и психического состояния не обязательно свидетельствуют о том, что подросток употребляет наркотические средства. Психика подростка является настолько нестабильной, что незначительный с точки зрения взрослых раздражающий фактор может привести к стрессу. Стресс проявляется, в том числе и в поведении и поступках, которые часто кажутся неадекватными.

Даже если Ваши подозрения усиливаются с каждым днем, помните: **Решающим признаком употребления подростком психоактивных средств является выявление состояния наркотического опьянения, установленное специалистом.**

Необоснованные подозрения в употреблении наркотических веществ могут сами по себе оказаться психотравмирующим фактором и в свою очередь подтолкнуть к их реальному употреблению. Поэтому тактичность и осторожность в работе с несовершеннолетними, имеющими наркологические проблемы, являются обязательными правилом.

Правила, которых необходимо придерживаться:

1. Ваша первоначальная задача - помочь подростку стать более искренним перед самим собой, Ваша помощь должна быть предложена, но не форсиро-

вана. Подросток не примет Вашу помощь, будет оправданно подозрителен, пока между вами не установится доверие.

2. Не говорите случайным людям о ваших подозрениях, а тем более о заболевании подростка, если даже уже поставлен официальный диагноз, поскольку эта информация может быть использована против него. Разглашение информации абсолютно разрушает доверие и нарушает конфиденциальность. Кроме того, в случае попадания подобных сведений к некомпетентным людям они могут предпринять действия, способные принести вред.

3. Необходимо точно знать, какого рода помощь Вы можете оказать. Для этого Вы должны, верно, ориентироваться в том, какова компетенция органов ОППН, в чем заключается содержание работы с подростком в наркологическом диспансере, какие учреждения оказывают помощь наркоманам, где они расположены.

4. Вы должны знать, какова ситуация в семье подростка, можно ли рассчитывать на помощь родителей, каково его окружение по месту жительства.

5. Необходима просветительская работа среди детей, введение обязательных антинаркотических программ обучения, занятия и семинары для педагогов, распространение информации среди родителей.

Если у Вас возникли подозрения, что подросток употребляет наркотики, то наиболее оправданы следующие действия:

1. Предельно тактично сообщить о своих подозрениях родителям или опекунам подростка.

2. При подозрении в групповом употреблении наркотиков, необходимо провести беседу с родителями всех членов “наркоманической” группы, можно это сделать в виде собрания с приглашением инспектора ОППН, врача-нарколога.

3. Организовать встречу подростков со специалистом, организовать консультирование родителей.

4. Дать подросткам и их родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса и телефоны организаций, работающих в таком режиме.

5. Дать информацию о том, что специалисты Центра Профилактики наркомании ответят на возможные вопросы или помогут разобраться в проблеме по телефону 325-48-47, который работает с 10 до 18 часов по будним дням.

Если у Вас возникли подозрения, что подросток находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения:

1. Пригласить медицинского работника. В случае, если состояние учащегося говорит о наличии угрозы здоровью необходимо **немедленно вызвать**

врачи так как прием наркотического средства может привести к острой интоксикации. Состояние наркотического опьянения устанавливается наркологической экспертизой, на которую подросток может быть направлен сотрудниками милиции при согласии родителей.

2. Поставить в известность руководителей школы.

3. В случае однозначного определения состояния подростка, как состояния опьянения, немедленно поставить в известность о случившемся родителей или опекунов подростка. Помните, что при разговоре с родителями Вам следует говорить только о фактах и описать случившиеся предельно четко и кратко. При этом необходимо опираться на официальное заключение, сделанное специалистами. Будьте готовы предложить родителям возможные варианты дальнейших совместных действий.

4. Возбрается проведение немедленного разбирательства о причинах и обстоятельствах употребления алкоголя или наркотиков.

5. При совершении подростком хулиганских действий, в том числе нецензурной брани, необходимо обратиться в отделение милиции с вызовом наряда. При этом надо добиться составления соответствующего протокола. Однако необходимо представлять себе, что в этом случае при обнаружении у подростка наркотического средства в отношении него может быть возбуждено уголовное дело.

8. Распространенные заблуждения

Часто вести разговор о наркотиках взрослым трудно потому, что им нечего возразить в ответ на аргументы, которые подростки приводят в его защиту. Обычно в их основе лежат недостаточные знания или односторонняя оценка. Для того чтобы дать учителям возможность разрушать неправильные представления, мы предлагаем материалы, составленные швейцарским Центром по предотвращению распространения наркомании.

1. Утверждают, что:

«Репрессивная политика в области борьбы с наркотиками потерпела неудачу. Именно она стала причиной обострения проблемы».

На самом деле:

Сегодня проблема наркотиков наиболее серьезна именно там, где политика по их запрещению наименее репрессивна.

Например, в Цюрихе политика либерализации переходит все мыслимые границы. Там законы против наркомании существуют только на бумаге. Поэтому у многих наркоманов нет возможности получить помощь на ранней

стадии привыкания. Фактически, они оказываются со своим несчастьем один на один. Такие способы помощи, как организация приютов, в которых работают неквалифицированные служащие, способствует усилению наркотической зависимости у тех, кто в них попадает в результате попустительского употребления наркотиков со стороны персонала. Отсутствие действующих законов в области наркотиков только провоцирует молодежь и подталкивает ее к наркотизации. Немногим известно, что отсутствие грамотной политики в области наркотиков привело к сильному возрастанию спроса на них. Истоки проблемы лежат в общественных движениях 60-х годов, лидеры которых использовали гашиш, как средство демонстрации протеста против общества, сделав его модным в субкультуре и, таким образом, проложив путь для остальных, более сильных наркотиков. Так был обеспечен спрос на наркотики, который удовлетворяется сегодня наркомафией. Это послужило своеобразным оружием, для разрушения сложившихся устоев общества. Последние несколько лет наблюдается резкое увеличение потребления наркотиков, а в этих условиях политика либерализации может привести только к разрушительным для общества последствиям.

Единственно верный путь в такой ситуации - это ведение профилактической работы, направленной на снижение спроса на наркотики и уменьшение вреда от их употребления.

2. Утверждают, что «чистые» наркотики безвредны.

На самом деле:

Все наркотики за короткое время полностью поработают человека и делают его тяжело зависимым от них. Наркотики разрушают личность наркомана, делают его пассивным и апатичным человеком. Наркоманы пренебрежительно относятся к семье и друзьям, самоизолируются от общества, все более ограничивая свои связи с миром кругом таких же, заинтересованных только в наркотике лиц. Эти люди теряют чувство ответственности за себя и за других и часто не способны ни работать, ни учиться. Финал многих наркоманов - это смерть, если не физическая, то духовная. Наркотики отрицательно влияют на наследственность. Их употребление ослабляет иммунитет и разрушительно сказывается на здоровье.

3. Утверждают:

«Но ведь наркотики из конопли («травка») не опасны...»

На самом деле:

Эти наркотики содержат более 400 различных веществ. Самым сильнодействующим является тетрагидроканнабинол (ТНС). Он растворяется клетках

мозга и поэтому способен накапливаться там. Случается даже, что спустя длительное время после последнего приема опьянение может внезапно повториться. Употребление препаратов конопли делает человека зависимым, и ставят его на путь возможности употребления других наркотиков. Большинство инъекционных наркоманов вначале курили коноплю.

Препараты конопли способны за короткое время привести человека в состояние психического расстройства. Их разрушительное влияние приводит к ослаблению внимания, памяти, снижению способности к обучению и выполнению простых задач. В результате - снижение активности, неспособность к трезвой оценке действительности, неудачи в школе и на работе, появление сложностей в семье и среди друзей. Наркотики из конопли наносят больший вред здоровью, чем табак (хотя многие почему-то считают наоборот), потому что содержат в себе больше вредных веществ (например, провоцирующих рак). Страдает иммунная система. Это делает человека более подверженным различным инфекциям.

Курение марихуаны в четыре раза быстрее приводит к раку легких, чем курение табака. Марихуана содержит токсины, например монооксид углерода. Кроме того, марихуана сегодня стала гораздо крепче, чем была 10, 20, 30 лет назад.

Для употребляющих марихуану действия, требующие концентрации внимания и координации, такие, как вождение, становятся затруднительными. Исследования показали, что в ДТП курильщики марихуаны попадают вдвое чаще.

Кроме того, марихуана напрямую влияет на жировые клетки организма (поражается мозг). Это разрушительное влияние продолжается и спустя длительное время после приема наркотика.

Суммируем сказанное. Препараты конопли - опасные наркотики. Они называются «легкими», но это или заблуждение, или ложь.

4. Утверждают:

«Человек имеет право осознано употреблять наркотики. Этим он не приносит вреда окружающим».

На самом деле:

Наркоман всегда находится в зависимости от наркотика. Поэтому он не может свободно принимать решения, в том числе и об употреблении наркотика. Наркозависимые люди нуждаются в помощи специалистов, способных помочь им прекратить саморазрушение. Часто молодые люди попадают в круг наркоманов и начинают свою наркотическую «карьеру» из-за незнания в полной мере разрушительных последствий употребления наркотиков. Если

бы люди знали, насколько быстро их жизнь, здоровье и будущее окажутся под угрозой, то большинство из них, вероятно, вовсе отказались бы от употребления и даже не стали бы пробовать наркотики. Предпосылки свободы - в данном случае это образование и знание

Наркоманы приносят вред не только себе, но и окружающим. Они часто не в состоянии поддерживать нормальных отношений с людьми, так как готовность нести ответственность за семью, друзей и собственные поступки быстро утрачивается. Из-за этого в первую очередь страдают близкие наркомана. Наркотики делают человека, прежде всего равнодушным к окружающим, исключают его из жизни общества и в конечном итоге превращают в отверженного, а его близких обрекают на страдания и боль. Так что заявлять, что употребление наркотиков личное дело каждого попросту бесчеловечно.

5. Утверждают:

«Не сам наркотик, а его запрет приводит к несчастью»

На самом деле:

Не существование запретов, а сам наркотик приводит к психическому, физическому и эмоциональному разрушению. Жесткая политика в отношении наркотиков (но не наркоманов - им наоборот нужна помощь) - единственный способ изменения существующей ситуации. Такой подход к решению проблемы дает наркоману шанс вернуть человеческое достоинство и взять на себя ответственность за собственные поступки.

Законы в области наркотиков призваны настроить молодежь на полный отказ от употребления наркотиков. В них должно отражаться неприятие обществом стиля жизни и системы ценностей наркомана. Такие законы будут носить профилактический характер и способны предостеречь от употребления наркотиков многих молодых людей.

6. Утверждают:

«Продажа наркотиков, контролируемая врачами, сможет с наименьшими потерями предотвратить привыкание к наркотикам».

На самом деле:

Любое, независимо от источника, распространение наркотиков способствует наркомании. Давая врачам полномочия на распространение наркотиков, общество тем самым снимает с себя ответственность за больных наркоманией и необходимость бороться со спросом на наркотики. Распространение наркотиков врачами не приведет человека к освобождению от зависимости. Разрушения, нанесенные наркотиками личности, не исчезнут из-за того, что он будет получать наркотики по контролируемому врачами каналу. Чем

дольше человек употребляет наркотики, тем сложнее вернуть его к нормальной жизни, а то время, пока он получает наркотики в медицинском учреждении включается в общий «стаж» наркомана. Кроме того, медицинское распространение наркотиков в глазах общества уменьшает их опасность и снижает эффективность любых профилактических мер.

7. Утверждают:

«У каждого есть своя собственная зависимость...»

На самом деле:

Сторонники либерализации политики в области наркотиков намеренно изменяют значение слова «зависимость». Зависимость как «несвобода» подменяется зависимостью в смысле «привычки». Болезненное пристрастие к наркотикам приравнивается к привычке употреблять определенные продукты, смотреть телевизор, играть в компьютерные игры. Туда же сторонники легализации наркотиков относят усердие в труде, спорте, тесные дружеские отношения.

Такая пропаганда приводит к тому, что родители и друзья часто не осмеливаются приводить кому-либо доводы против употребления наркотиков. Они считают себя не в праве говорить о приобретении зависимости, подозревая, что сами не вполне свободны.

Наркотики приводят к тяжелой зависимости. Для достижения желаемого эффекта наркоману приходится постоянно увеличивать дозу. Вся жизнь и все мысли наркомана посвящены лишь наркотику и проблеме его добывания. Рано или поздно наркоманы теряют способность трезво рассуждать, думать о своем здоровье, налаживать контакты с другими людьми. В результате может получиться так, что он лишится возможности самостоятельно существовать в окружающем мире.

Наркотики вызывает столь сильную зависимость, что наркоман уже не способен избавиться от нее по собственному желанию. Поэтому ее нельзя смешивать ни с какими другими видами зависимости.

Игра, которая ведется вокруг слова «зависимость» может привести к печальным результатам. Люди, не способные отказаться от каких либо привычек и слабостей, приравниваются к тем, кто тяжело зависим от наркотиков. В результате происходит неосознанная и скрытая поддержка употребляющих наркотики.

8. Утверждают:

«Есть возможность развивать контролируемое употребление наркотиков. После недолгой фазы зависимости наркоман сам прекратит употребление...»

На самом деле:

Наркотики в любом случае приводят к зависимости и невозможно предсказать, как быстро тот или иной человек станет наркоманом. Если известно, что иногда уже первая проба может привести к смерти, тяжелому отравлению или заражению СПИДом, то возможно ли говорить о «непродолжительной фазе зависимости». Кроме того, наркотик никогда не останавливается на достигнутом и продолжает разрушение.

Распространение мнения о возможности контролируемого употребления наркотиков приводит к тому, что разрушается внутренний «тормоз», препятствующий экспериментам с наркотиками.

Чем дольше период зависимости, тем сложнее возвращаться к нормальной жизни. Даже если человек в результате смог освободиться от наркотиков ценой огромных усилий специалистов, родственников, друзей, а, главное, своих собственных, то последствия употребления все равно остаются на долгие годы. Вернуть годы, отнятые наркотикам невозможно.

9. Утверждают:

«В других странах была проведена успешная легализация наркотиков...»

На самом деле:

Существуют статистические данные, по которым можно судить о последствиях ведения политики либерализации. Так в Голландии число магазинов, существующих за счет продажи гашиша за годы либерализации выросло в Амстердаме с 20 в 1980 г. до 400 в 1991 г.

С 1984 по 1988 г. количество курильщиков гашиша старше 15 лет в Голландии удвоилось. С 1988 по 1992 г. количество потребителей гашиша от 14 до 17 лет возросло в два раза, а среди 12-13 летних даже утроилось.

Криминальная обстановка в Голландии одна из худших в Европе и количество преступлений продолжает расти.

В результате медицинского распространения героина и метадона в Англии число зарегистрированных наркоманов возросло в несколько раз, а из числа получавших наркотики легально лишь единицы смогли вернуться к полноценной жизни.

Либерализация торговли наркотиками в Швеции в 1965-1967гг. привела к резкому росту числа наркоманов и разрастанию «черного» рынка. После двух лет экспериментирования проведение этой программы прекратили, так как резко возросло и число смертей среди наркоманов. Только переключение внимания государства на профилактику наркомании и борьбу с распространением наркотиков привело к положительным результатам.

Аляска - еще один пример политики либерализации. С 1980 по 1990 г. употребление гашиша не считалось там криминальным поступком. В течение этого десятилетия употребление гашиша, особенно среди молодежи, стало крайне популярным. К 1988 г. количество курильщиков гашиша на Аляске вдвое превышало их число в любом другом штате Америки. Решение жителей Аляски в 1990 г. закон о «декриминализации» был аннулирован.

Факты доказывают, что эксперименты с либерализацией наркотиков в разных странах приводят к одинаково негативным результатам. Благоразумие политических подходов к проблеме заключается в умении учиться на ошибках других.

10. Утверждают:

«Легализация приведет к снижению преступности...»

На самом деле:

Даже в случае легального распространения наркотиков, криминальная ситуация, связанная с ними не улучшается, так как ее истоки не только в бизнесе, связанном с наркотиками, но и во влиянии самих наркотиков на человеческое сознание, и не важно, каким путем они приобретены.

Наркотик разрушает способность человека контролировать свои действия и побуждает его к безответственности. Наркоман часто не останавливается даже перед ограблением, в том числе и членов своей семьи. Болезненное безрассудство наркомана доходит до того, что он готов даже на совершение тяжких преступлений. Увеличение числа наркоманов приводит, следовательно, и к ухудшению криминальной ситуации. Надо, однако, помнить, что все эти преступления совершаются в результате серьезных изменений в психике которые приводят к проявлению общественно опасного поведения.

Чем дольше наркоман употребляет наркотики, тем в меньшей степени он способен содержать себя сам, так как не в состоянии работать. За счет этого он зачастую становится полностью зависим от представителей криминального мира.

9. Наркотики и закон

С 1 января 1997 г. вступил в действие новый Уголовный Кодекс РФ. В главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» имеются следующие статьи, определяющие наказание за действия, связанные с наркотическими средствами и психотропными веществами: (статьи приведены в сокращении)

Статья 228. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ.

1. Незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических веществ или психотропных веществ в крупном размере наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

2. Незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой.

3. Деяния, предусмотренные частью второй настоящей статьи, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору;
- б) неоднократно;
- в) в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере;

наказываются лишением свободы от пяти до десяти лет с конфискацией имущества или без таковой.

4. Деяния, предусмотренные частями второй и третьей настоящей статьи, совершенные организованной группой либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере наказываются лишением свободы от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества.

Примечание: Лицо, добровольно сдавшее наркотические средства или психотропные вещества, и активно способствующее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ.

Статья предусматривает в качестве наказания лишение свободы на срок от трех до пятнадцати лет в зависимости от наличия отягчающих обстоятельств.

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ.

1. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

2. То же деяние, совершенное:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- б) неоднократно;
- в) в отношении заведомо несовершеннолетнего либо двух или более лиц;
- г) с применением насилия или угрозой его применения, наказываются лишением свободы от трех до восьми лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия наказываются лишением свободы на срок от шести до двадцати лет.

Статья 231. Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества.

1. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот МРОТ или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев, либо лишением свободы на срок до трех лет.

2. Те же деяния, совершенные:

- а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- б) неоднократно;
- в) в крупном размере

наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

Статья 232. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ.

1 Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок до четырех лет.

2. Те же деяния, совершенные организованной группой наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Постоянным комитетом по контролю наркотиков утвержден список крупных и особо крупных размеров количеств наркотических средств или психотропных веществ, обнаруживаемых в незаконном обороте. Приводим выдержку из этого списка.

Наркотические средства	Крупные размеры в гр. (вкл.)	Особо крупные размеры в гр. (свыше)
1. Марихуана; высушенная не высушенная	от 0,1 до 0,5 от 0,5 до 2500	0,5 2500,0
2. Ацелированный опий	до 5,0	5,0
3. Маковая соломка высушенная не высушенная	от 0,2 до 250 от 1,0 до 1250	250,0 1250,0
4. МДМА	до 1,0	1,0
5. ЛСД	до 0,0001	0,0001
6. Амфетамины	до 3,0	3,0

Обнаружение ничтожно малого количества наркотика является основанием для привлечения к уголовной ответственности, которая по статьям, связанным с наркотиками, наступает с 16 лет. Об этом подростки часто не знают, считая, что одна папироса с “травкой” не грозит никакими неприятностями. За подобное незнание слишком дорого приходится платить.

Восьмого января 1998 г. Президент подписал Закон РФ “О наркотических средствах и психотропных веществах”. Статьи этого закона определяют новый порядок лечения наркотической зависимости и по-новому трактуют отношение государства к самому факту употребления наркотических средств:

Статья 40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача

В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Статья 44. Медицинское освидетельствование

1. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

2. Медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

2. Наркологическая помощь больным наркоманией, оказывается, по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Заключение

Болезнь легче предупредить, чем ее лечить. Неуклонный рост числа подростков, употребляющих наркотики делает как никогда актуальной профилактическую работу. От того, насколько методически правильно будет организована эта работа, зависит ее результат. Цена которого - здоровье и жизнь детей.

ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.А.Самошкин, И.Б.Васильев

г. Самара

В настоящее время проблема употребления наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ) в России приобрела катастрофический характер. Это обусловлено не только совокупностью патогенных личностных, социальных и других факторов, но и их сложным взаимодействием и взаимопроникновением. Кроме того, специалисты отмечают низкий уровень информированности населения о профилактике наркотической патологии [7]. Сегодня разрабатываются и публикуются различные профилактические программы, концепции профилактики и антинаркотической политики, создана и принята Минобразования России «Концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде». Однако большинство программ являются односторонне направленными: психологическими, медицинскими или социальными; некоторые из них сводятся только к контролю за распространением наркотиков, к просветительской или психологической работе [8]. Отмечается, что недостаточно проработан именно комплексный, системный подход к проблеме [14]. Западный опыт, в большинстве случаев, мало применим к российским реалиям — из-за недостаточно развитой социальной инфраструктуры в нашей стране, а также отсутствия компетентных в вопросах наркологии специалистов различного профиля. Кроме того, уже созданные программы носят больше теоретический характер, порой не наполнены реальным содержанием — акцент в них делается на целях и задачах, упускаются из виду практические вопросы: что же, наконец, необходимо сделать для их реализации?

Актуальность задачи анализа существующих профилактических программ и их систематизации очевидна. Новизна предлагаемого нами подхода заключается в том, что впервые в основе его не лежит деление профилактики на первичную, вторичную и третичную. Авторы вводят понятие **профилакти-**

ческих технологий, каждая из которых комплексно включает в себя вопросы и первичной, и вторичной, и третичной профилактики. Речь пойдет не об отдельных профилактических методиках и программах, а именно о технологиях — о таком комплексе профилактических мероприятий, который обеспечивает унифицированный подход к проблеме, затрагивает все социальные институты и характеризуется прогнозируемым результатом от их внедрения, а также повторяемостью и взаимозаменяемостью «операций», — что позволяет варьировать эффективность воздействия в зависимости от местных условий.

Информационные технологии профилактики наркомании и алкоголизма

Первый постулат профилактики наркомании — заполнение информационного вакуума [3]. Принципы информационной работы сводятся к трем основным проектам:

I. Необходимо создать постоянно действующий и стабильно финансируемый «конвейер» публикаций и рекламы в СМИ по профилактике наркомании. Решение такой задачи невозможно «на общественных началах», с ней может справиться только специализированная пресс-служба. Работа такой пресс-службы должна строиться в рамках выполнения государственного заказа. Можно сформулировать основные принципы публикаций по профилактике наркомании. Первое: информация должна быть в целом позитивной и не нести оттенка безысходности. Второе: негативная информация должна содержать сведения о трагических последствиях употребления наркотиков. Третье: нельзя показывать в СМИ сцены употребления наркотиков и людей в состоянии эйфории, демонстрировать наркотические средства. Четвертое: резюме любой публикации должно содержать четкую, всем понятную рекомендацию по профилактике наркомании. Пятое: любая публикация должна воздействовать на мотивационную сферу адресной аудитории. Шестое: в подготовке материалов обязательно должны участвовать специалисты (наркологи, психологи, социальные педагоги, сотрудники правоохранительных органов, превентологи). Седьмое: каждая публикация по профилактике наркомании должна быть одобрена специализированным экспертным советом.

II. Телефонное консультирование. Три варианта телефонных служб, работающих в единой методической увязке, послужат не только информационным мостом для населения, но и позволят динамично отслеживать социальные координаты наркотизма: а) телефон «горячей линии», задача которого — широкое информирование населения по всем вопросам, связанным с химической зависимостью, в том числе об учреждениях, занимающихся лечением, реабилитацией и социальной адаптацией больных; б) телефон поддержки для наркозависимых и членов их семей; эта служба работает в круглосуточном

режиме: на телефоне работают сертифицированные консультанты по химической зависимости; в) телефон «доверия», отличающийся от телефона поддержки тем, что на нем работают профессиональные психологи.

III. Internet сегодня изобилует как антинаркотической, так и противоположной по содержанию информацией. По интенсивности воздействия Internet в настоящее время значительно превосходит все СМИ. Поэтому использование его информационного ресурса просто необходимо, без опоры на него сегодня не работает ни одна солидная организация по профилактике наркомании [1].

Технологии активизации общественного мнения в целях профилактики наркомании и алкоголизма

Общественные технологии играют достаточно весомую роль в системе профилактики наркомании и алкоголизма. На любой территории можно внедрить следующие ее способы:

I. Технология «выдавливания» наркоманов из определенного района. Приводит к временному оздоровлению ситуации, особенно в школах, но не является радикальной, потому что одновременно в другом районе число наркоманов увеличивается. Применима для районов с низким экономическим и социальном уровнем, являющихся, по сути, «гетто». Движущая сила этой общественной технологии - родители наркоманов, прекративших употреблять наркотики, и родители погибших наркоманов.

II. Волонтерское движение. Достаточно специфическая и «интеллигентная» технология. Может принимать форму общественных советов, уличных комитетов, школьных организаций. Коротко охарактеризовать ее суть можно в двух словах: работа общественных социальных работников на добровольных началах. Эта технология имеет достаточно небольшую эффективность — из-за низкой степени воздействия на распространителей и потребителей психоактивных веществ. Применима в районах, преимущественно населенных представителями научно-технической интеллигенции. Движущая сила — благополучные родители и подростки, не имеющие проблем с наркотиками и алкоголем.

III. Технология «натравливания». Обладает очень высокой эффективностью, но часто при ее реализации происходят действия, которые с трудом могут быть признаны законными. Суть ее заключается в том, что создается открытый информационный канал (пейджер, телефон горячей линии), куда любой может сообщить о месте, где торгуют наркотиками. Информация об адресах распространителей проверяется силами общественности и публикуется в открытой печати или рассылается активистам. Движущая сила этой технологии — родители наркоманов. Применима на территориях с различным социальным составом населения.

IV. Группы поддержки, или группы созависимых — традиционная и эффективная форма работы в рамках третичной и, отчасти, — вторичной профилактики наркомании во всем мире. Жизненный опыт родственников наркозависимых в преодолении проблем аддиктивного поведения вносит большой вклад в формирование общественного мнения. А при реализации единой (территориальной и т.п.) антинаркотической политики очень важно направлять общественное мнение в конструктивное русло. Такие группы перестали быть новинкой в Самарской области, однако многим из них не хватает методической и организационной поддержки. Группы поддержки — это массовое движение. Если хотя бы 20% родственников наркозависимых, состоящих на учете в наркологических диспансерах, примут участие в работе по преодолению созависимости, область получит 4-5 тысяч граждан, поддерживающих антинаркотическую политику. Кроме того, психологическая работа с созависимыми (равно, как и поддержка созависимых друг другом) приводит к улучшению состояния психического здоровья общества.

Образовательные технологии профилактики наркомании и алкоголизма

Один из эффективных способов заполнения информационного вакуума — широкое использование образовательных и просветительских программ по проблемам химической зависимости. Классификация этих программ строится по принципу целевых аудиторий:

I. Просветительские программы по проблеме химической зависимости для всего населения [7].

II. Программы обучения родителей учащихся общеобразовательных школ, колледжей, лицеев, ПТУ, техникумов. Основная цель обучения родителей научить их выстраивать свои отношения с детьми, избегая аддиктивных стереотипов (созависимости). Другие цели: освоение родителями навыков раннего выявления у детей химической зависимости и предрасположенности к ней; формирование волонтерского актива из числа родителей здоровых детей [11].

III. Программы обучения педагогов, психологов и социальных работников, работающих в образовательных учреждениях и центрах «Семья» (и им подобные). Данный тип образовательных программ строится по принципу «тренинг тренеров». Здесь следует учитывать специфику профилактики химической зависимости и постоянно исходить из нее при проведении программ [6].

IV. Обучение руководителей предприятий тактике административных мер по профилактике наркомании и алкоголизма в трудовых и творческих коллективах.

V. Образовательные программы для учащихся школ, ПТУ, лицеев, техникумов, студентов вузов. Данные программы несут достаточно большой риск

провокации неконформистских поведенческих реакций подростков: в ответ на информирование о химической зависимости подчас происходит ускоренное вовлечение подростков в потребление ПАВ. Поэтому программы профилактики наркомании и алкоголизма среди молодежи и подростков должны реализовываться только высокопрофессиональными специалистами [10].

Превентивные диагностические технологии профилактики наркомании и алкоголизма

Раннее выявление потребителей психоактивных веществ — наиболее важный аспект профилактики химической зависимости [4]. Для использования в организованных коллективах (школы, ПТУ, институты, трудовые коллективы и т.п.) предлагается авторский алгоритм поступенчатой диагностики химической зависимости.

I-й уровень

Диагностика и дифференцирование аддиктивных поведенческих реакций отдельных индивидуумов в коллективе — на основании чего вычленяется группа риска. Такую диагностику проводит специально обученный педагог или специалист по социальной работе.

II-й уровень

Оценка социальных критериев формирования аддиктивных стереотипов поведения внутри группы риска (факторы семейного кризиса, материальное благополучие, участие в неформальных группах). Эту оценку проводит социальный работник или специалист по социальной работе. Данный уровень позволяет сузить группу риска и подготовить переход на следующий, более точный уровень диагностики.

III-й уровень

Психологическая диагностика. Проводится опытным психологом или психотерапевтом. Цель — установить структуру проблем поведения у каждого члена группы риска, выявить степень его склонности к употреблению ПАВ [10].

IV-й уровень

Клинико-диагностический уровень. На этом этапе возможны варианты:

а) «золотой стандарт» — скрининговые исследования мочи на наличие психоактивных веществ; б) консультация врача-нарколога (при наличии явных признаков наркотического опьянения); в) аппаратное психофизиологическое исследование. Этот уровень реализуется специалистами-наркологами. Именно на данном этапе можно достоверно разделить лиц, страдающих химической зависимостью и предрасположенных к зависимости.

V-й уровень

Принятие решений по тактике проведения мероприятий с выявленными зависимыми лицами и лицами, предрасположенными к зависимости.

При осуществлении превентивной технологии в соответствии с данным алгоритмом следует придерживаться следующих постулатов:

- В любом коллективе немногие люди страдают химической зависимостью.
- Любой факт приема ПАВ, равно как и участия в неформальных группах, следует относить к факторам, предрасполагающим к химической зависимости.
- Химическая зависимость всегда изменяет поведение и успеваемость, замедляет развитие подростка.
- Причины возникновения любого случая химической зависимости находятся в семье.

Административные технологии профилактики наркомании и алкоголизма

Для осуществления любых мер по профилактике наркомании и алкоголизма всегда требуются поддержка власти и финансирование. Административные технологии имеют два главных аспекта:

I. Создание условий для обеспечения заинтересованности органов власти проблемами химической зависимости. Здесь применимы три основных метода воздействия на власть: а) пресса; б) общественное мнение; в) административный ресурс.

II. Воздействие со стороны органов управления на учреждения и организации - с целью внедрения всех необходимых элементов борьбы системы с незаконным оборотом наркотиков, программ профилактики наркомании и алкоголизма.

Технологии занятости в профилактике наркомании и алкоголизма

Занятость и стимулирование творческой и деловой активности среди молодежи и подростков признаны во всем мире как наиболее эффективные способы борьбы с наркоманией. Эта работа строится по следующим направлениям:

I. Клубная работа. Организация разнообразных клубов и профессиональное методическое обеспечение их деятельности могут не только структурировать свободное время подростков, развивать их творческую и деловую активность, но и значительно повышают коммуникативный и познавательный ресурс детей [2].

II. Дополнительное образование. Воскресные школы (как правило, религиозные), факультативы различного профиля также структурируют свободное время и увеличивают багаж знаний, причем усвоение этих знаний

требует не только времени, но и занимает внимание подростка. Организация таких мероприятий в пределах одной школы или одной территории позволяют поднять позитивный потенциал детей и их родителей.

III. Временное или частичное трудоустройство подростков. Мера, наиболее эффективная в тех слоях общества, которые обладают невысоким адаптационным потенциалом. Целесообразна для внедрения в небольших поселках, в районах, где проживает большое число неквалифицированных рабочих, где концентрируются социально дезадаптированные личности. Проблема создания дополнительных рабочих мест для подростков решается путем муниципального финансирования.

Семейные технологии, используемые для профилактики наркомании и алкоголизма

Фактор наличия семьи и детей уменьшает возможность возникновения химической зависимости у молодых людей, даже из групп риска. Стимулирование рождаемости материальными, нематериальными и психологическими способами, особенно через средства массовой информации, конечно, не является прямым методом профилактики наркомании, но, несомненно, способствует улучшению психического здоровья нации [8].

Заключение

Проблема профилактики употребления ПАВ в условиях роста наркомании в России является наиболее актуальной в настоящее время. Исходя «из био-психо-социальной модели наркомании, профилактическое воздействие непременно должно носить разносторонний характер, затрагивать все сферы деятельности человека, его макро- и микросоциальное окружение, все социальные институты [7]. Предлагаемая классификация профилактических технологий является рабочей моделью для дальнейшей разработки как отдельных направлений, так и концептуальных основ профилактики наркологических заболеваний.

Литература

1. Авдеев С.Н. *Нужна ли профилактика наркомании в виртуальном пространстве?* — *Медицинская газета*, 2000.
2. Воловик А.Ф. Воловик В.А. *Педагогика досуга: Учебник.* - М.: Флинта (Московский психолого-социальный институт), 1998.
3. Данилин А., Данилина И. *Как спасти детей от наркотиков.* — М.: ЗАО Изд-во Центрполиграф, 2000.
4. Иванец Н.Н. // *Лекции по клинической наркологии.* М., 1995.

5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. // Сб. *Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии.* — М., 1978.

6. Латышев Г.В., Бережная М.А. Речнов Д.Д. *Организация мероприятий по профилактике наркомании: Методические рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов.* — М.: Медицина, 1991.

7. *Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде.* - Министерство образования Российской Федерации, 2000.

8. Надеждин А.В. *Вот такая «либеральная болезнь», или как нам противостоять наркомании*// *Медицинская газета* — 2001. - № 9. - С. 4.

9. Надеждин А.В. *Социальные и патопсихологические предпосылки формирования нарко- и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях: Пособие для врачей психиатров-наркологов* М., 1998.

10. *Предупреждение подростковой и юношеской наркомании (под. ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой.)* — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000.

11. Романова О.Л. // *Вопросы наркологии.* - 1997. - №2. - С. 67-75.

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ НАРКОЛОГИИ

Д.м.н., проф. П.И. Сидоров

г. Архангельск

Алкогольная и наркотическая ситуация в России за последние годы стала чрезвычайной. Сложившаяся в стране субпопуляция людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, опережает по темпам роста популяцию формально здоровых. Так, за последнее десятилетие заболеваемость алкогольными психозами увеличилась в РФ в 6,3 раза, а число больных наркоманиями и токсикоманиями увеличилось в 5,8 раза [2]. Достигнут беспрецедентно высокий уровень потребления чистого алкоголя на душу населения в год — 14-15 л, тогда как генетически опасным для нации ВОЗ признает потребление алкоголя в количестве 8 л. Это обстоятельство усугубляется спецификой структуры и форм его потребления населением: преимущественно крепкие спиртные напитки и предпочтение «ударным дозам», низкое качество вина и водки, значительный объем фальсифицированной алкогольной продукции, а также недостаточным питанием, сопровождающим потребление алкоголя [3].

Особенно настораживают данные, касающиеся аддиктивного поведения молодежи: из 100 подростков в возрасте до 12 лет интенсивно употребляют алкоголь 24 мальчика и 19,6 девочек, а возраст первого приобщения к алкоголю составляет 5—6 лет [6]. За три года потребление наркотиков молодежью выросло в 4,5 раза, токсикантов — в 14 раз [4].

Объемы и распространенность алкоголизации и наркотизации, тяжесть и масштабы последствий и осложнений делают наркологическую ситуацию существенной угрозой общественному здоровью и национальной безопасности России. В утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 17 декабря 1997 года №1300 Концепции национальной безопасности Российской Федерации в разделе «Угрозы национальной безопасности Российской Федерации» записано: «Вызывает тревогу угроза физическому здоровью нации. Ее истоки лежат практически во всех сферах жизни и деятельности государства и наиболее явно проявляются в кризисном состоянии систем здравоохранения и социальной защиты населения, стремительном возрастании потребления алкоголя и наркотических веществ».

Происходивший в России в последнее десятилетие процесс расслоения общества и массового обеднения многих социальных групп составил основу кризиса социальной сферы страны, который может быть обозначен термином «аномия».

Аномия (от французского *anomie* — отсутствие закона, порядка) — социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, обусловленным кризисом общества, противоречиями между провозглашаемыми целями и невозможностью их реализации для большинства людей в стране, выражается в изоляции человека от общества и разочарованности в жизни. Проявления аномии особенно ярко заметны в трех сферах: межличностных отношений, культурной и социальной.

В межличностной сфере с одной стороны усиливаются взаимное недоверие, враждебность, соперничество, агрессивность и насилие, с другой стороны — заметны реакции изоляции и филиационные реакции (*filiatian reaction*) — появление различных субкультур.

В культурной сфере происходят крушение доминировавших культурных ценностей, изменение правил и принципов интерпретации событий, появление конфликтных систем ценностей, состояние идентификационной пустоты при отсутствии каких-либо альтернатив.

В социальной сфере отмечаются сильнейшая дезинтеграция и поляризация общества: кризис доверия к существующим институтам власти и авторитетам с одновременным поиском новых общественных лидеров.

Объектом превентивной наркологии прежде всего и становятся социальные факторы и условия в развитии алкоголизма и наркомании, играющие ведущую роль преимущественно на донозологических этапах употребления и злоупотребления. На максимальном уровне обобщения в социогенезе алкоголизма и наркомании можно выделить четыре уровня причинных комплексов:

1) *макросоциальный уровень*, включающий особенности социально-экономического положения в стране и социальной политики государства;

2) *мезосоциальный уровень*, включающий особенности профессиональной деятельности и психологический климат трудового или учебного коллектива, неформальной молодежной группы;

3) *миллисоциальный уровень*, включающий особенности обычаев, традиций и стиля жизни семьи как особого по значимости института социализации личности;

4) *микросоциальный, или личностный уровень*, включающий особенности преимущественно нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер [5].

Учитывая невысокий процент больных алкоголизмом (15-30) и наркоманиями (5-6), имеющих терапевтическую ремиссию более одного года, важное значение приобретают разработка и внедрение стратегий превентивной наркологии.

Превентивная наркология — это отрасль наркологии и психопрофилактики, аккумулирующая на междисциплинарной основе системные подходы к предупреждению наркологических заболеваний, а также их последствий и осложнений.

Междисциплинарность превентивной наркологии обеспечена привлечением к изучению и формированию человеческой личности и предупреждению аддиктивного поведения всего общества и каждой семьи, педагогов и психологов, медиков и социальных работников, юристов и экономистов и т.д. Можно выделить следующие направления превентивной наркологии:

• *Психогигиеническое* — коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с трудными детьми и имеющими отклонения в поведении.

• *Педагогическое* — последовательное противоалкогольное и антинаркотическое воспитание в школе с 1-го по 11-й классы. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения.

• *Медико-социальное* — комплексная работа с группой риска — лицами, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками. Санитарное биологическое оздоровление микросоциальной среды.

- *Здравоохранное* — развитие и совершенствование государственной и негосударственной наркологической служб. Система мер по уменьшению распространенности алкоголизма и наркотизма. Широкая профилактическая работа всей общемедицинской сети.

- *Административно-правовое* — законодательное регулирование сдерживания алкоголизма и наркотизма. Система ограничений и запретов, направленных на уменьшение распространенности наркологических заболеваний и их последствий.

- *Экономическое* — система государственных мероприятий по уменьшению экономической зависимости бюджета от продажи алкоголя и табака.

Все профилактические мероприятия делятся на три уровня: первичная, вторичная и третичная профилактика.

- *Первичная профилактика* алкоголизма и наркотизма состоит в предупреждении негативного влияния обычаев социальной среды, формировании таких нравственных и гигиенических убеждений, которые исключали бы и вытесняли саму возможность аддиктивного поведения. Основой первичной профилактики алкоголизма и наркотизма является здоровый образ жизни.

- *Вторичная профилактика* состоит в выявлении групп населения, наиболее уязвимых в отношении алкоголизма и наркотизма, максимально раннем, полном и комплексном осуществлении лечебных мероприятий, оздоровлении социальной почвы, применении системы мер воспитательного воздействия в коллективе и семье.

- *Третичная профилактика* направлена на предупреждение прогрессирования заболевания и его осложнений, реализуется в противорецидивной и поддерживающей терапии, мероприятиях по социальных реабилитации.

Научно-обоснованная концепция превентивной наркологии и в целом самоорганизующейся деятельности по формированию общественного и личного здоровья, предупреждению любых форм аддиктивного поведения должна опираться на два условия: *высокое социальное качество жизни и соответствующий смысл жизни личности*. Общие принципы превентивной наркологии можно сформулировать следующим образом:

- *Принцип социальной активности* — социальная само деятельность людей, активное участие членов общества в разрешении острых противоречий его развития, использование общественного мнения, активной позиции личности для оздоровления индивидуального и обыденной массового сознания — предполагает опору на сознательную инициативу.

- *Принцип информированности* требует знания полной и объективной картины распространения социальных болезней. Опыт советского периода убеждает, что закрытие «моральной статистики» приводит к аморально-нереали-

стичному видению картины социальных недугов, порождая в обществе нравственный формализм, ханжество и цинизм.

- *Принцип гуманности* требует учета интересов человека и прав личности в осуществлении социальных программ, баланса административно-правовых и воспитательных мер сдерживания социальных недугов и формирования здорового образа жизни. При осуществлении политики в области, например, производства и реализации спиртных напитков принцип гуманности предусматривает приоритет морально-нравственных и социально-психологических факторов над экономической заинтересованностью, определяет реалистичность подхода к осуществлению противоалкогольной политики, к оценке имеющихся на конкретном историческом этапе недостатков и противоречий, материальных ресурсов и социальных условий. Здесь многое могут сделать общества защиты прав потребителей.

- *Принцип научности* предполагает объективный анализ закономерностей развития общества и имеющихся социальных типов личности, динамики негативных социальных явлений, «питающих» отклоняющееся поведение, научное обоснование программ предупреждения патологии развития, разработке и внедрение форм и методов социальной профилактики.

- *Принцип системности* подразумевает комплектность и междисциплинарность, системное взаимодействие всех научных и практических направлений работы по формированию здоровой личности и предупреждению аномалий развития, а также установления интегративных связей между социальной политикой в целом и ее отдельными частями, между субъектами и объектами воспитательно-профилактического процесса.

- *Принцип раннего предупреждения* вытекает из самой генеральной цели социальной политики в данной области, обуславливает нацеленность всей системы защиты общества на раннюю профилактику, на примат предупреждения над наказанием, воспитания над перевоспитанием, на раннее выявление и устранение негативных предпосылок развития личности.

- *Принцип дифференцированности* предполагает иерархию и распределение мер воспитательно-профилактического воздействия по отношению к различным половозрастным, социальным группам и подгруппам, учет конкретной ситуации развития личности, использование индивидуально подобранных методов воздействия.

- *Принцип программно-целевого планирования* превентивной политики требует ориентации на достижение и удержание конкретных рубежей. Каждый орган, звено, отрасль, занятые в социальной политике, должны ориентировать деятельность на конкретный результат — на снижение распространенности пьянства и алкоголизма, наркомании и токсикоманий.

Изложенные принципы превентивной наркологии позволяют увидеть ее закономерной и обязательной частью политики предупреждения аномалий развития, а также социальной политики государства в целом.

Воспитание социального типа личности, имеющего нравственный иммунитет, невосприимчивость к различным формам отклоняющегося поведения, является стратегической задачей формирования общественного здоровья и обеспечения национальной безопасности.

Современные масштабы распространенности алкоголизма и наркомании позволяют отнести их к *болезням цивилизации*, что задает максимально высокий уровень обобщения в подходах к выделению стратегий развития превентивной наркологии. Стратегии опираются на комплексы нерешенных проблем и нереализованных ресурсов, они корреспондируются с направлениями развития психиатрии, более того, являются «зонами роста» для всей социальной профилактики. Исходя из этого, представляется возможным описание следующих стратегий превентивной наркологии: программная стратегия, экстранозологическая стратегия, гуманистическая стратегия, воспитательно-просветительная стратегия, прогностическая стратегия, экологическая стратегия, интегральная стратегия, экономическая стратегия и нормативная стратегия.

Программная стратегия превентивной наркологии

Программная стратегия заключается в изменении подхода к решению проблемы зависимости от ведомственно-административного на программный. Преимущества программного метода — в конкретном определении круга проблем, в возможности целенаправленного воздействия на группы риска, в соблюдении принципа последовательности и преемственности при работе специалистов различного профиля. Кроме этого, программный подход обеспечивает определение реальной суммы финансирования и ожидаемого результата. Воздействия, осуществляемые в рамках программной стратегии, направлены на социальный контекст и включают в себя различные региональные и правительственные программы, касающиеся изменения условий жизни народа и заботы об увеличении потенциала здоровья.

Этот принцип давно эксплуатируем на декларативном уровне, но до сих пор не реализован в реальной структуре и практике наркологической службы. И сегодня, вполне в советском стиле финансируются инерционные структуры и рутинные процессы, а не результаты и достижения. Целевой подход реализован во многих странах, когда финансируется не диспансер или служба, а конкретная программа, пролонгирование которой зависит от этапного результата. Данная стратегия универсальна и минимально зависит от специфики социального недуга.

Программы можно разделить на основе групп, осуществляющих профилактику, на: *программы, активизирующие местное население, многоуровневые программы и программы раннего вмешательства.*

Преимущество *программ, основанных на повышении активности местного населения,* в том, что местной общественности легче оценить проблему, касающуюся своего района, — эпидемиологические особенности распространения наркомании, алкоголизма, преступности, связанной с распространением и потреблением наркотиков. В целом доказано, что программы по повышению активности местного самоуправления, воздействуют не только на определенную группу, а на нечто более важное — взаимоотношения, ценности, культуральные, экологические, структурные факторы. Создание программ по активизации местного населения требует взаимодействия специалистов нескольких сфер: социальной медицины и организации здравоохранения, социальной работы, инновационного моделирования и социального маркетинга.

Программы многоуровневой профилактики обычно направлены на элиминацию факторов, угрожающих здоровью, и на усиление факторов, способствующих здоровью. Как правило, подобные программы охватывают широкие слои общества. Эти профилактические программы соответствуют широко понимаемому определению понятия «здоровье», принятому ВОЗ, поэтому первичная профилактика направлена, прежде всего, не на предупреждение болезней, а на поддержание, развитие и использование “ физического, умственного, эмоционального и духовного потенциала человека. Процедура создания этих программ требует знания потребностей развития человека, т.е. должна соответствовать закономерностям возраста, пола, социальной роли, культурального контекста, традиций, а также опираться на точный экономический расчет и возможность проверки эффективности.

Модель многоуровневых профилактических программ опирается на профилактику, которая помогает молодому человеку в процессе развития и взросления уберечься от социальной патологии и получить возможность стать полноценным членом общества. Достижение этих целей возможно только в том случае, когда профилактические программы тщательно запланированы и разработаны, благодаря чему достигается эффективность.

Само конструирование профилактической программы является трудоемким процессом, требующим высокого уровня знаний и опыта, ориентирования в проблемах населения того района, где будет реализована программа.

Раннее вмешательство предназначено для выявления лиц или групп риска, а также помощи этим группам в снижении риска проявления патологии. Прежде всего, следует дать определение человека, относящегося к группе риска.

К лицам из группы риска аддитивного поведения относятся, прежде всего, те индивиды, которые не достигли состояния полной психической и социальной зрелости, в чьей жизни имеют место:

- прогулы школьных занятий или оставление школы без получения образования;
- добрачная беременность;
- жизнь в неудовлетворительных экономических условиях;
- воспитание в семье алкоголиков или наркоманов;
- наличие психической травмы в результате каких-либо форм насилия — физического, психического, сексуального;
- проблемы в сфере психического здоровья;
- дилеммы, связанные с поиском смысла жизни;
- попытки совершить суицид;
- поддержание контактов с лицами с асоциальным поведением.

Необходимо дополнить, что в рамках программ раннего вмешательства должны быть учтены воздействия на значимых для индивидов из групп риска лиц.

Это будут воздействия, направленные на:

- лиц, которые занимаются воспитанием (например, родители, опекуны). Им следует помочь в расширении сферы знания и навыков, необходимых для эффективного выполнения своих социальных ролей;
- работников различных образовательных и воспитательных учреждений (учителя, медсестры, социальные работники), которые по роду своей деятельности оценивают правильность психического, социального и физического развития подростков, а также помогают детям конструктивно решать проблемы взаимоотношений с окружением;
- лиц, занимающихся разработкой и утверждением новых законодательных и нормативных актов на уровне местной и государственной администрации, для осознания ими значимости профилактических программ;
- лиц, отвечающих за взаимодействие различных организаций (школ, больниц, общественных организаций), для помощи руководителям этих организаций в разработке приемлемых и эффективных форм взаимодействия.

Деятельность в форме раннего вмешательства является формой профессионального ответа на конкретные проблемы, которые переживают отдельные лица или социальные группы. В связи с этим каждая эффективная программа подобного типа является по своей сути неповторимой, так как должна быть максимально приближена к конкретным проблемам. Как показывает практика, слепое перенесение одного вида программ, удачных для данной конкретной популяции, ситуации или проблемы, на другую популяцию без учета ситуации не приносит результатов и, кроме того, может вызвать прямо противоположный эффект.

Экстранозологическая стратегия превентивной наркологии

Экстранозологическая стратегия — это «специфическое методологическое требование» к превентивной наркологии, предмет которой, в частности аддиктивное поведение, отличается полиэтиологичностью и междисциплинарностью, динамичностью и изменчивостью, нестойкостью и обратимостью. Причины и последствия зависимости затрагивают различные сферы жизни и одновременно отличаются однообразием этиопатогенетических факторов и условий развития. Экстранозологический подход обеспечивает наиболее адекватную профилактику и коррекцию зависимости различными специалистами — врачами и психологами, социальными работниками и педагогами и др.

Реализация этого подхода отражает концептуальность конструкции профилактической наркологии — объект (социально-гигиенический блок), субъект (человек, на которого направлена профилактика), среда (социально-психологический фон). Эти три компонента отражают цели профилактической наркологии. По своему значению профилактическая наркология является прикладной наукой и формируется по принципу полиспециализированной группы, возглавляемой референтным специалистом, профессионалом в области превенции, организации социальной программы и социального менеджмента.

Гуманистическая стратегия превентивной наркологии

Гуманистическая стратегия предусматривает актуализацию личности как стремление к согласованию Я-идеального и Я-реального главным образом через внутренние механизмы управления. Карл Юнг считал, что личность — «это смысл того, что пребывает только в целом». В области производства и реализации спиртного Россия имеет сегодня уникальную по степени агрессивности модель пренебрежения правами потребителя, когда нелегально-криминальные и легально-коррупцированные производители действуют, исходя только из собственных экономических интересов, откровенно злоупотребляя любыми факторами. Актуальной остается задача развития самосохранительных стратегий поведения.

Это направление открывает широкие перспективы участию не только светских, но и *религиозных институтов в профилактике зависимости*. Профилактика зависимости сегодня широко разработана католической Церковью. Мощное антинаркотическое и антиалкогольное католическое движение объединяет не только молодежь, подростки, но и семьи. Формы работы самые разнообразные: от небольших групп при местном костеле до больших фестивалей песни и организации отдыха. Большой опыт в антиалкогольной и антинаркотической профилактике имеет практически каждая мировая религия — христианстве ислам, буддизм, иудаизм. Эти формы работы наиболее орга-

ничны для каждого народа, так как не только учитывают духовные аспекты, но и гармоничны для данного этноса. Именно гуманистическая стратегия в сочетании со всеми измерениями личности — психическим, духовным, биологическим, является мощным потенциалом для развития профилактической наркологии.

Воспитательно-просветительная стратегия превентивной наркологии

Воспитательно-просветительная стратегия — это первичная профилактика, направленная на воспитание в трезвости. Трезвое отношение к жизни — это только средство для достижения цели, которой является самоактуализация личности.

В этой стратегии выделяются два главных подхода в воздействии:

1) *на умения и навыки людей;*

2) *на организацию и реорганизацию окружения* так, чтобы оно способствовало развитию личности и не содержало источник стресса. Второй принцип воздействия предусматривает также и изменение традиций и обычаев.

Просветительная стратегия может быть осуществлена несколькими способами. Один из наиболее известных — просвещение по вопросам психического здоровья, целью которого является помощь в получении знаний о факторах, обуславливающих и формирующих здоровый образ жизни. Понятие образа жизни дает возможность преодолеть двойственность подходов к общественному и психическому здоровью, следовательно, стратегически изменить подход к лечению и профилактике болезней цивилизации.

Через популяризацию знаний о здоровье с использованием всех средств массовой информации мы стремимся к укреплению психической устойчивости и хорошего самочувствия людей. Проблема заключается в том, что нам мало известны механизмы функционирования этих просветительских программ и факторы, обеспечивающие их эффективность.

Второй способ — это непосредственная тренировка умений и навыков, например, в области общения, решения трудных проблем, тренинга социальных умений. Одним из видов работы в этой области являются группы общественной поддержки: профессиональные и парапрофессиональные. В каждом случае для их работы требуется сотрудничество множества социальных групп, направленное на минимализацию угрозы социальной патологии. Это воздействие на климат семьи и школы, места работы и микрорайона, которое можно назвать воздействием на общественные институты.

Воспитательно-просветительная стратегия содержит несколько главных принципов: воспитание превалирует над перевоспитанием, рефлексия — над жизненными целями, обучение умению эффективного принятия решений,

обучение оценке различных форм рискованного поведения, обучение технике и поведению, адекватным ситуации. Принципиальное значение имеет влияние семьи на воспитание здорового образа жизни взрослых и детей. Доказано, что здоровые семейные взаимоотношения являются непременным условием успешности в работе. Дети являются не менее успешными воспитателями своих родителей. Это подтверждается многими примерами: в присутствии детей взрослые уделяют большее внимание своему лексикону и стараются личным примером показать то, что сами проповедают. В свое время Карл Юнг сказал в своем докладе «О воспитании» в Париже в 1930 году: «Никто не может воспитать личность в другом, не являясь сам личностью, ибо нельзя от других требовать того, чем не являешься сам».

Таким образом, воспитание здорового образа жизни — более широкое понятие, чем соблюдение каких-то гигиенических или педагогических правил. Прежде всего, здоровый образ жизни — это создание условий для наиболее полного раскрытия человеческого потенциала, становления все более человеком. Это воспитание поведения, направленного на удовлетворение потребностей человека — физиологических, безопасности, принадлежности к группе, уважении и самоуважении, любви, самоактуализации и др. При таком понимании воспитания не существует места не только зависимостям, но и любой социальной патологии.

Особенность современного антинаркотического и антиалкогольного воспитания состоит в *инновационных методах обучения*, которые заставили педагогическую теорию отказаться от абсолютного образовательного идеала (всесторонне развитой личности) и перейти к новому идеалу — максимальному развитию способностей человека к саморегуляции и самообразованию. Этот подход предполагает: фундаментальность и целостность, сущность и акмеологичность, использование информационных технологий и разработку открытых систем интенсивного обучения, применение модульного обучения и системность.

Важное значение в распространении здорового образа жизни отводится средствам массовой информации и рекламе. К сожалению, сегодня реклама зачастую выполняет обратную функцию — воспитание нездорового и деструктивного образа жизни.

Эффект рекламы заключается не в мгновенном воздействии на потребление, а в том, что она является мощным способом формирования взглядов на алкоголь в общественной жизни, ассоциируя алкоголь с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения его вредное влияние.

Инновационные направления превентивной наркологии определяются запросами общества, экономическими и финансовыми возможностями стра-

ны, теоретико-методологическим уровнем проблем превенции, разработанностью программ проведения инновационных изысканий, опытом внедрения подобных технологий в стране и наличием научных кадров, способных осуществить такие работы.

Информационно-аналитическое сопровождение превентивной наркологии призвано обеспечить интеллектуальную основу профилактики.

В настоящее время в России наблюдаются проблемы с обеспечением необходимой информацией по различным аспектам превенции, в том числе и фундаментальных исследований по наркологии. Помимо этого, общение в глобальной сети Интернет сегодня является наиболее удобным, эффективным и относительно выгодным способом обмена и получения информации. Интернет широко используется не только в учреждениях, но и в обычной жизни людей, так как специалисты не всегда бывают легко доступны по различным причинам: расстояние, транспорт, занятость. Кроме того, не все люди могут достаточно просто общаться со специалистами, испытывая проблемы в общении, — стеснительность, нежелание «отрывать специалиста пустячными проблемами» и т.д. Интернет достаточно эффективно может устранить проблемы дефицита информации, особенно в такой области, как превенция.

На сегодняшний день не существует единого сервера превентивной наркологии в России и странах СНГ, как, например, в США (сервер Института по проблемам зависимости) или сервер в Канаде у Института по исследованию зависимостей.

Необходимость развития информационных сетей в наркологии отмечают очень многие специалисты. В связи с этим необходимо уделить пристальное внимание некоторым организационным вопросам оформления и разворачивания в сети Интернет «антинаркотических» страниц, или сайтов. Подача специальной информации в «электронной форме» должна отвечать следующим требованиям:

1) информация должна представлять интерес для широких кругов абонентов сети Интернет;

2) необходимо представлять научную информацию для людей, так или иначе заинтересованных в проблеме, но не профессионалов: потребителей наркотиков, их близких и т.д.;

3) сайт должен представлять практический интерес для специалистов разных ведомств, работающих с потребителями психоактивных веществ: педагогов и психологов, работников правоохранительных органов и социальных работников, врачей и гигиенистов.

Прогностическая стратегия превентивной наркологии

Прогностическая стратегия необходима для составления прогноза надежности и эффективности воздействия, с наиболее четким акцентированием внимания на возможных вариантах осуществления конкретной превентивной программы. Уровень латентности всех социальных недугов очень высок, поэтому программный подход невозможен без повышения объективности и корректности наркологической статистики. Масштабы распространенности алкоголизма и наркомании имеют сегодня эндемические характеристики и представляют реальную угрозу для общественного здоровья и национальной безопасности. Практический прогноз может быть основан на различных переменных, но очень важной методологической задачей является количественное определение доли наркологической составляющей в уровне деградации психического и общественного здоровья нации.

В качестве входных параметров превентивной программы можно использовать, во-первых, уровень профилактики, вид информации и оценку объектов воздействия, во-вторых, соотношение между затраченными на реализацию программы усилиями и полученными результатами, в третьих, анализ соответствия программы по содержанию и форме, уровню социальной среды.

Прогностическая стратегия должна опираться на четкие скрининговые, биохимические, психофизиологические и социальные показатели возможности развития зависимости.

Экологическая стратегия превентивной наркологии

Экологическая стратегия должна предусматривать социально-психологические аспекты профилактики зависимости на предприятиях химической ориентации, в том числе при производстве или технологическом использовании спиртов и спиртосодержащих продуктов. Появление этой стратегии вызвано, прежде всего, возникновением очагов скопления факторов биогеохимического поражения биологических структур в замкнутых производственных циклах и изменением удельного веса различных путей поступления чужеродных веществ в организм. Ранее, алкоголь поступал в основном через желудочно-кишечный тракт. В этом случае печень обеспечивала заслон токсинам. Теперь, когда в атмосферный воздух выбрасываются миллионы тонн химических веществ, более половины соединений поступает через легкие, у которых нет заслона.

Длительное нахождение в атмосфере действия комплекса экологических вредностей приводит к изменению реактивности организма, а алкогольная интоксикация на данном фоне может иметь видоизмененные эффекты. Врачи общей практики не всегда знакомы с проявлениями данных заболеваний,

что порой может быть расценено как проявление идиопатической патологии. Наиболее сложной является разработка критериев формирования «группы риска», что связано с неодинаковой значимостью и разнообразием факторов риска. Экологическая стратегия даст возможность учитывать проявления наркологической патологии в условиях действия неблагоприятных факторов.

Особым приоритетом экологической стратегии должен быть контроль за рынком алкогольной продукции. Выполняя постановление Главного государственного санитарного врача России №2 от 20.04.2000 г. «Об усилении Госсанэпиднадзора за алкогольной продукцией», Центры ГСЭН зафиксировали в 60% территорий Российской Федерации партии спиртного, попадающие под запрет для продажи [3].

В контексте социальной экологии эта стратегия требует учета уникальных социальных причинных комплексов в конструировании превентивных программ. Например, при организации этноэкологических парков на Крайнем Севере России, являющихся единственной эффективной формой социального общественного устройства жизни аборигенного населения, способной обеспечить его выживание и сохранение традиционной культуры, обязательным условием становилось принятие сухого закона.

Интегральная стратегия превентивной наркологии

Интегральная стратегия предполагает комплексное взаимодействие превентивной наркологии с сопряженными сферами социальной работы и клинической психологии, педагогики и права. Это установление интегральных связей между социальной политикой в целом и ее отдельными частями, между всеми объектами профилактического и лечебно-реабилитационного процесса.

Экономическая стратегия превентивной наркологии

Экономическая стратегия превентивной наркологии требует полномасштабного включения рыночных рычагов развития отрасли.

Современная концепция превенции ориентирует общество на восприятие медицины (в том числе превентивной наркологии) как социально-экономической категории. Это значит, что здравоохранение, в том числе и в области превентивной наркологии, должно стать реальным экономическим субъектом в общей структуре экономики страны. Появилось новое понятие «рынок медицинских услуг», т.е. здравоохранение рассматривается как сектор производства нематериальных благ. Эти изменения происходят на фоне неустойчивости экономической ситуации в России, где потребность стабильности финансового обеспечения лечебно-диагностического процесса приобрела важное значение.

1. Финансирование превентивной наркологии может осуществляться прежде всего за счет государственных источников, т.к. именно наркологическая ситуация в стране касается проблем национальной безопасности и качества жизни будущих поколений.

2. Финансирование должно охватывать результат, а не процесс, как это происходит зачастую в государственной практической наркологии. Для финансирования результата необходимо разработать наиболее надежные и легкодоступные критерии качества превенции.

3. Превентивная наркология требует полипрофессиональной бригадной работы, для чего потребуются изменение концепции здравоохранения и штатного расписания, включения психологов, социальных работников и педагогов в систему превенции.

Реальная дилемма, в которую втянуты лечебно-профилактические учреждения, — это источники финансирования. С одной стороны, реформа здравоохранения призвана сделать лечебно-профилактические учреждения наименее подверженными влиянию внешних неблагоприятных факторов — восполнение суммы недофинансирования, улучшение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости, повышение рентабельности медицинских учреждений, обеспечение частичной самокупаемости нового оборудования, обеспечение социальной защиты медицинских работников и т.д. С другой стороны, имеется ряд препятствий. На *макроэкономическом уровне* для образования межсегментарного взаимодействия необходимы универсальные законы для осуществления уставной деятельности медицинских организаций, регуляторы, которые стимулировали бы движущие силы рынка.

На *мезоэкономическом уровне* экономики превентивной наркологии являются целесообразными проведение разгосударствливания и развитие системы страхования, а также разработка методов оценки качества и контроля эффективности оказываемых услуг. Если измерение продуктивности труда медицинских работников связано с политикой управления здравоохранением, то критерии качества профилактики, а тем более профилактики в наркологии могут быть разработаны только при условии обратной связи между всеми уровнями, а особенно между мезо- и микроэкономическим.

Микроэкономический уровень является практическим уровнем исполнения рыночной модели превентивной наркологии и одновременно именно этот уровень является основным источником дохода по своей результативности.

С одной стороны, процесс наркотизации настолько поразил популяцию, что требуются немалые средства для нуждающихся в лечении, причем именно больные обеспечивают реальный доход лечебно-профилактическим уч-

реждениям. Но, с другой стороны, профессия врача закладывает высокие нравственные требования служения людям и улучшения жизни общества в целом, что трудно поддается измерению языком экономики. С этой целью необходимо разработать реальные социально-экономические механизмы стимулирования заинтересованности персонала именно в первичной профилактике.

Нормативная стратегия превентивной наркологии

Нормативная стратегия отражает качество законодательного сопровождения развития превентивной наркологии.

В области профилактики распространения наркомании и токсикомании и борьбы с незаконным оборотом наркотиков необходимо учитывать основополагающие документы ООН (Конвенцию о наркотических средствах 1961 г. с приложениями, Конвенцию о психотропных веществах 1971 г., международную конвенцию «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ» и др.), положения международного и российского законодательства, постановления Государственной Думы от 16.12.98 «О неотложных мерах по предупреждению распространения в России наркомании и токсикомании среди детей и молодежи». Приказ Минздрава РФ №287 от 16.12.98 г. «О неотложных мерах по совершенствованию наркологической помощи населению РФ» и другие нормативные документы.

Актуальной задачей является разработка и совершенствование нормативно-правовой основы антинаркотической политики, разработка критериев и механизмов расчета реального распространения наркомании, ущерба и преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков, совершенствование инструментальной и правовой базы технологий, позволяющих контролировать производство и распространение наркотиков.

В сфере алкогольной политики в последнее десятилетие основные проблемы были связаны отменой монополии на производство и продажу алкоголя, что привело к наплыву низкокачественных спиртных напитков из-за рубежа, росту подпольного производства алкогольной продукции и ее суррогатов.

В проекте Федерального закона «О социальных основах государственной алкогольной политики Российской Федерации» в качестве цели государственной алкогольной политики выдвинуты «защита физического и психического здоровья граждан от вредного влияния алкоголепотребления, постепенное снижение уровня алкоголепотребления; последовательное изменение структуры потребления алкоголя в сторону увеличения в ней доли пива, натуральных виноградных и других слабоалкогольных напитков и т.д., формирование здорового, трезвого образа жизни, цивилизованного отношения к употреблению алкогольных напитков». При этом в проекте Закона четко сказано, что

достижение социальных целей является приоритетным по отношению обеспечения поступления в федеральный бюджет в виде налогов и иных сборов с производства и оборота этилового спирта и обеспечения доходности экономической деятельности и сфере реализации алкогольной продукции.

В качестве основных принципов государственной алкогольной политики выступают: приоритетность социальных задач, комплексность решений на основе сочетания мер экономического, социального, правового, воспитательного и организационного характера, поощрения негосударственных инициатив в области антиалкогольной деятельности, ограничения занятия определенными видами профессиональной деятельности большими алкоголизмом, а также защита граждан, семьи и иных субъектов от неправомерных действий лиц, злоупотребляющих алкоголем.

При этом в законе четко указана приоритетность мер профилактического и культурно-воспитательного характера. В проекте закона предусматривается введение чрезвычайной ситуации, вызванной алкоголизацией, в районах, где алкоголизация вызывает угрозу безопасности проживающего там населения, подрыва социальной основы его жизни и деятельности.

Достаточно слабым местом данного проекта закона является финансовое обеспечение алкогольной политики. Авторы почему-то предлагают финансовое обеспечение государственной алкогольной политики «за счет пожертвований и добровольных взносов» как основного финансирования. Если сравнить распределение финансирования Национального института по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму США за 1995 год, то превенция занимает третье место – 13% бюджета, логично уступая место только фундаментальным исследованиям: нейронаукам – 24% и лечению – 15%. Необходимо учитывать и то ущерб, который наносят пьющие люди окружению. В этой связи алкогольная политика общественного здравоохранения должна быть направлена на снижение общего уровня потребления алкоголя.

Актуальными вопросами правового и административного обеспечения алкогольной политики являются: стабилизация алкогольного рынка с учетом экономических интересов производителя и государства, сокращение нелегального производства и учета спроса населения, регулирование доступности алкоголя, запрет рекламы алкогольных напитков, разработка административно-правовых мер контроля за употреблением алкоголя в ситуациях повышенного риска, связанных с угрозой жизни окружающих людей.

В заключение целесообразно отметить, что приведенные стратегии превентивной наркологии многовариантны и должны учитывать особенности профессиональных, возрастных, половых и этнических групп. Расширение социального поля превентивной наркологии корреспондируется с поисками

биологической наркологией генетического адреса зависимости и генно-инженерными технологиями ранней коррекции предрасположенности, что неизбежно скажется на формате рамок нозологического поля клинической наркологии.

За двадцатипятилетний период своего развития отечественная наркология оформилась в развитую специализированную службу, располагающую большой сетью лечебных учреждений, квалифицированным кадровым потенциалом, системой профессиональной подготовки. Однако качество медицинской помощи на наркологическом поле практически не сказалось на масштабах и остроте алкогольно-наркотических проблем в российском социуме. Сегодня совершенно очевидно, что без внятной антинаркотической и антиалкогольной политики, без разработки системных подходов к реабилитации и профилактике невозможно обеспечивать достойное качество общественного здоровья и национальной безопасности.

Список литературы

1. Егоров В.Ф. *Наркологическая служба Российской Федерации: основные проблемы*// Социальная и клиническая психиатрия. - 2001 - № 4 - С. 3-11.

2. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. *Современные проблемы реабилитации в наркологии* // Наркология. — 2002. — № 1 - С. 40-42.

3. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. *Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации* // Наркология. — 2002. — №1. — С. 4-8.

4. Саноцкий И.В. *Психологическое обеспечение стабилизации генеративного здоровья России с целью быстреего выхода из демографического кризиса.* // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодёжи в России./Под ред. Дёмина А.К., Дёминой И.А. — М. 1999 .

5. Сидоров П.И. *Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ* // Руководство по социальной психиатрии. М.: Медицина. - 2001. - С. 219-232.

6. Скворцова Е.С. *Социально-гигиенические аспекты потребления алкоголя, наркотически действующих веществ, курения среди городских подростков-школьников Российской Федерации. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени д.м.н.* — М. 1997.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ В СФЕРЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.А.Сирота, М.Г.Цетлин, В.М.Ялтонский, О.В.Зыков, В.Е.Пелипас

Важнейшей задачей современной превентологии в нашей стране, всё более актуальной в плане межведомственной активности, является разработка единого государственного межведомственного плана действий в области профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Данные мониторинга реальной ситуации с немедицинским употреблением наркотических средств и других психоактивных веществ (ПАВ) в стране являются весомым доказательством постоянного роста распространенности наркомании преимущественно за счёт подросткового контингента. Так, только за 1998 год общее число больных наркоманией, состоящих на наркологическом учёте, возросло на 25% по сравнению с предыдущим годом; число впервые выявленных больных увеличилось на 24%, а заболеваемость наркоманиями среди подростков превысила почти в 2 раза уровень заболеваемости среди всего населения. Аналогичные показатели отмечены в 1999 году. При этом совершенно очевидно, что данные официальной статистики лишь частично отражают масштабы массового злоупотребления наркотиками и другими ПАВ и их нелегального оборота, которые продолжают быстро расти и самым негативным образом влияют на здоровье подрастающего поколения, правопорядок в стране, её экономику, социально-психологическую атмосферу в обществе. Прогноз в этом отношении остаётся весьма неблагоприятным.

Дети и подростки - это наиболее уязвимый для наркотиков контингент в связи с психо-социальными и психофизиологическими особенностями этой возрастной группы населения. Школьный возраст - это фаза уникального по своей силе и продолжительности стресса, связанного с постоянными массивными динамическими изменениями в телесной, гормональной, психической и социальной сферах жизнедеятельности ребёнка; причем этот процесс проходит на фоне недостаточно сформированных механизмов саморегуляции, адаптации, психологической защиты.

В то же время ПАВ, благодаря своему особому специфическому действию на человека, играют роль псевдоадаптогенов и способствуют созданию иллюзии временного решения проблем адаптации, общения, избегания жизненных кризисных и стрессовых ситуаций. Именно в этом качестве употребление их включается в индивидуальное и групповое поведение подростков, становится одним из актуальных элементов современной массовой молодеж-

ной культуры. Нередко в этих случаях наркотик начинает играть роль основного регулятора состояния подростка, его самочувствия, настроения, поведения в целом. Это обстоятельство очень быстро приводит к формированию психической и физической зависимости от него. Систематический приём наркотика или другого ПАВ является болезнетворным фактором, действие которого чревато тяжёлыми соматическими осложнениями, процессами деградации личности, высокой смертностью, а вынужденный поиск наркотиков приводит их потребителей в криминальный мир.

Сегодня, когда социально-экономическая и политическая ситуация в стране напряжена и предъявляет повышенные требования ко всем членам нашего общества, именно дети и подростки оказываются самой уязвимой, подверженной стрессам группой населения. В переходный период общественного развития юное поколение находится в наиболее сложной социально-психологической ситуации. Это связано, в частности, с тем, что как у взрослых, так и у детей в значительной мере разрушены прежние социально-психологические стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации, а выработка новых значимых мотиваций происходит лавинообразно и одновременно - хаотично и бессистемно. Подростки нередко утрачивают ощущение смысла происходящего, не имея необходимых знаний и жизненных навыков, которые позволили бы им сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. В то же время практическое отсутствие у взрослой части населения представлений о современных социально-адаптивных стратегиях не позволяет ей оказывать на детей необходимое воспитательное воздействие, обеспечивать успешную психологическую и социальную поддержку. Дети и подростки в связи с утраченными связями со старшим поколением оказываются одинокими и психологически беспомощными. А профессиональные группы специалистов, работающих с ними, также нуждаются в выработке новых подходов к взаимодействию со своими подопечными.

Современная концептуальная модель массовой профилактики потребления ПАВ среди детей и подростков базируется на научно-проработанных технологиях формирования здоровья и адаптивного, высокофункционального жизненного стиля ребенка путем позитивного развития его личностных и средовых ресурсов, а также на представлениях об эффективных поведенческих стратегиях, о методологии обучения здоровому и успешному поведению, о методиках медико-психологической коррекции дезадаптивных, отклоняющихся форм поведения и формирования социально-поддерживающих сетей (на основе научных парадигм медицинской и возрастной психологии, психотерапии, психиатрии, наркологии, валеологии и других смежных дисциплин).

Современная профилактика наркоманий строится на следующих принципах:

1. Принцип системности — он предполагает:

- а) разработку программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и наркотической ситуации в стране;
- б) системную организацию профилактической деятельности.

2. Принцип стратегической целостности означает четкое определение единой долгосрочной стратегии профилактической деятельности, из которой вытекают как основные стратегические ее направления, так и конкретные тактические решения, в том числе отдельные целевые мероприятия и акции.

3. Принцип многоаспектности ориентирует на обязательное сочетание различных аспектов профилактической деятельности: лично-центрированного, поведенчески-центрированного и средо-центрированного.

Лично-центрированный аспект предполагает действия, направленные на позитивное развитие ресурсов личности; **поведенчески-центрированный аспект** — целенаправленное формирование у детей и подростков прочных навыков и стратегий стрессопродолевающего поведения; **средо-центрированный аспект** - активное формирование эффективных систем социальной поддержки, - в том числе в рамках так наз. Единого территориального превентивного и реабилитационного пространства.

4. Принцип ситуационной адекватности профилактической деятельности означает ее максимальное соответствие реальной социально-экономической и наркологической ситуации (на территориальном, локальном уровне). Для его обеспечения необходим постоянный мониторинг этой ситуации и контроль за эффектами целевой деятельности.

5. Принцип континуальности предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянного развития и совершенствования процесса профилактической деятельности.

6. Принцип солидарности означает солидарное межведомственное взаимодействие и взаимодействие между государственными, общественными, частными структурами в проблемной сфере с использованием системы государственных социальных заказов.

7. Принцип легитимности предполагает реализацию целевой деятельности только на основе принятия ее идеологии и доверительной поддержки большинством населения.

8. Принцип полимодальности и максимальной дифференциации ориентирует на гибкое применение в профилактической деятельности самых различных подходов и методов работы с их необходимой дифференциацией в возрастном, половом и контингентном плане.

Цели профилактической деятельности:

1. Снижение спроса на наркотики и другие психоактивные вещества.
2. Уменьшение числа лиц, входящих в группу повышенного риска вовлечения в наркотизацию.
3. Снижение заболеваемости наркоманиями.
4. Уменьшение тяжести негативных медико-социальных последствий злоупотребления психоактивными веществами.

Задачи профилактической деятельности:

1. Формирование мотивации на эффективное личностное, социально-психологическое и физическое развитие у детей, подростков, их родителей, педагогов, в школьных и внешкольных, организованных и неорганизованных детских и подростковых группах.

2. Формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение в семьях (у родителей), в детских и подростковых школьных и внешкольных коллективах, у преподавателей, в других организованных и неорганизованных группах детей и подростков.

3. Развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения (личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий) у детей, подростков, родителей, учителей, в школьных и внешкольных коллективах.

4. Формирование знаний и навыков в области противодействия немедическому употреблению наркотиков у детей дошкольного и школьного возраста, родителей, преподавателей, воспитателей и т.д.

5. Формирование мотивации на изменение дезадаптивных форм поведения у детей и подростков из групп риска и членов их семей.

6. Изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные у детей и подростков из групп риска и членов их семей.

7. Формирование и развитие социально-поддерживающих сетей из сверстников и взрослых (семья, учителя, другие специалисты, заинтересованные непрофессионалы).

8. Поощрение стремления подростков к прекращению употребления ими ПАВ и минимизации вреда от такого употребления.

9. Формирование мотивации на изменение поведения у труднодоступных подростков, употребляющих наркотики и другие ПАВ (беспризорники, “дети улиц”).

Стратегии профилактики:

- Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях

- Профилактика, основанная на работе в школе
- Профилактика, основанная на работе в семье
- Профилактика в организованных группах
- Профилактика с помощью средств массовой информации
- Профилактика, направленная на группы риска вне организованных коллективов (на территориях, “на улице” - с безнадзорными, беспризорными детьми и т.д.)
- Систематическая подготовка и переподготовка специалистов в области профилактики
 - Массовая профилактическая активность (краткосрочные и долговременные профилактические акции среди детей, подростков, родителей и других групп населения).

Разработка системы межведомственной профилактической активности

- Подготовка совместных нормативных актов Министерства здравоохранения и Министерства образования РФ по проведению школьной и внешкольной работы в области профилактики злоупотребления ПАВ среди детей и подростков.
- Разработка совместно с Министерством образования, МВД РФ и другими ведомствами концептуальной межведомственной программы профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде и неорганизованных группах детей и подростков.
- Разработка совместно с Министерством образования и МВД РФ совместных научно-практических целевых программ в области профилактики наркомании среди детей и подростков.
- Разработка совместно с Министерством образования РФ пакета обучающих целевых программ для различных категорий специалистов в сфере профилактики потребления ПАВ.
- Регулярное проведение Министерством здравоохранения РФ обучающих семинаров и тренингов по профилактике злоупотребления ПАВ совместно с Министерством образования.
- Подготовка специалистов - тренеров в области наркологической профилактики совместно с Министерством образования.
- Разработка и апробация Министерством здравоохранения РФ совместно с Министерством образования и МВД территориальных (региональных) и локальных (школы, профилактические центры) моделей целевой профилактической работы.
- Экспертная работа Министерства здравоохранения РФ совместно с Министерством образования РФ по конкурсному отбору наиболее эффективных программ профилактики, разрабатываемых в различных регионах России.

Одним из актуальнейших и неотложных вопросов, который является нашей межведомственной проблемой, является вопрос о систематической подготовке квалифицированных специалистов, готовых к работе в области профилактики наркомании, других психосоциальных расстройств и формирования здорового поведения.

Различные уровни профилактической деятельности

Федеральный уровень

Разработка, апробация и внедрение ведомственных и межведомственных федеральных профилактических программ; создание федеральной системы внедрения эффективных программ и методов профилактики в медицинской и образовательной среде; разработка и внедрение массовых целевых обучающе-развивающих антинаркотических программ для детей и подростков в школах; разработка и внедрение в государственных лечебных учреждениях набора коррекционно-модификационных программ для подростков групп риска; разработка и развитие программ развития социально-поддерживающих сетей профилактической и реабилитационной направленности.

Региональный уровень

Разработка и внедрение территориальных и локальных моделей профилактической работы.

Одной из основных территориальных моделей выступает модель **единого превентивного и реабилитационного пространства**, ориентированная на работу с общей популяцией детей и подростков и их семьями группами риска на конкретной территории (“площадке”).

Одной из основных локальных моделей выступает модель **школ здоровья**, предполагающая развитие в школах системы формирования у учащихся здорового и адаптивного жизненного стиля, основанного на развитии протективных личностно-средовых факторов преодоления стресса; эта система включает профилактическую антинаркотическую активность, направленную на школьников, учителей, родителей.

Неотложные направления профилактической деятельности

1. Разработка научно обоснованного федерального стратегического плана действий в области профилактики злоупотребления наркотиками и другими ПАВ среди детей и подростков.
2. Разработка долгосрочных стратегий реализации этого федерального плана и его поэтапное внедрение.
3. Проведение комплекса научных исследований, направленных на разработку, апробацию и внедрение эффективных профилактических технологий.

4. Формирование научно-методических основ системы подготовки специалистов в области профилактики злоупотребления наркотиками и другими ПАВ среди детей и подростков.

5. Разработка программ целевой подготовки специалистов в области профилактики употребления ПАВ и других форм нарушенной адаптации среди детей и подростков.

6. Разработка и широкое внедрение через систему целевой подготовки специалистов-тренеров набора краткосрочных мотивационных и долгосрочных антинаркотических программ для детей и подростков (в образовательных учреждениях и вне них).

7. Разработка федеральной и территориальных программ развития социально-поддерживающих сетей для детей и подростков; разработка и внедрение целостной системы выявления и реабилитации дезадаптированных несовершеннолетних.

8. Осуществление на конструктивной, содержательной, программной основе постоянного взаимодействия со средствами массовой информации в сфере целевой профилактической деятельности.

Перспективные направления

1. Постоянное совершенствование методов, форм и стратегий профилактической активности среди детей и подростков.

2. Плановое проведение системных научных исследований в теоретических и практических областях профилактики злоупотребления ПАВ. Разработка и внедрение эффективных способов психопрофилактики зависимости от ПАВ.

3. Развитие системы долгосрочных целевых профилактических мероприятий с так наз. “сдвинутыми технологиями”, представляющими собой интенсивные усилия, сфокусированные на определенном направлении.

4. Разработка и внедрение механизма непрерывного анализа полученных результатов, обобщения и репродукции успешного опыта целевой профилактической работы.

5. Развитие и совершенствование всего спектра структурных и функциональных служб и организаций, участвующих в профилактической работе, создание эффективного механизма развития и координации их усилий.

6. Разработка системы оценки эффективности профилактических действий и мониторинга за употреблением наркотиков и других психоактивных веществ детьми и подростками.

7. Создание постоянно действующей системы многоуровневой подготовки квалифицированных кадров для решения задач профилактики злоупотребления ПАВ.

8. Разработка и реализация предложений по законодательному обеспечению нормативно-правовой базы в сфере целевой профилактики, обеспечивающей конструктивное взаимодействие в ней всех заинтересованных ведомств, служб, учреждений и т.д.

Вышеизложенные положения являются теоретической и практической базой для их межведомственного и внутриведомственного обсуждения и реализации.

ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ НАРКОПРОФИЛАКТИКИ

В.А.Дереча

Главная задача в позитивной профилактической работе — это акции и система мер по положительному изменению общества в целом и особенно положительные примеры здорового образа жизни у родителей и других старших из ближайшего окружения ребенка (образцы для подражания).

Первичная профилактика (предупреждение появления склонности к употреблению психоактивных веществ) должна быть, прежде всего, позитивной в своей основе. Это значит, что главное здесь — гигиеническое и культурное воспитание, привитие с раннего детства жизнеутверждающих потребностей и навыков, способствующих сохранению и укреплению здоровья, развитие способностей к достижению социального благополучия. Темы психоактивных веществ при этом не должны выпячиваться на передний план, они лишь могут быть подчинены (по контрасту) формированию позитивных жизненных установок.

Решение данных задач первичной наркопрофилактики может быть осуществлено путем использования, прежде всего образовательной (точнее — образовательно-воспитательной) модели профилактической работы, а также социальной модели.

Что касается медицинской модели первичной наркопрофилактики, то она применима по отношению к тому контингенту населения, у которого имеются медицинские факторы риска приобщения к психоактивным веществам. К сожалению, в последние годы эти факторы стали сильно распространены, особенно среди детей и подростков. В основе школьной и социальной дезадаптации лежит смешанная совокупность самых различных негативных факторов (семейных, медицинских, педагогических, психологических, куль-

турных, микро- и макросоциальных). Поэтому очевидно, что профилактическая работа должна быть комплексной. Однако важно, чтобы каждая из моделей профилактики не заменялась другой и, чтобы они не растворялись друг в друге. Каждая из моделей требует своей компетентности, специальной подготовки, своих средств и способов достижения результатов.

Модели первичной наркопрофилактики. Основные принципы и положения. Факторы риска

1. *Образовательно-воспитательная модель первичной наркопрофилактики* включает в себя, прежде всего, соответствующее воспитание ребенка в семье, в том числе научение противостоять дурным примерам и влияниям, пассивному подчинению отрицательным лидерам и способности спокойно встречать трудности и препятствия в жизни. В дальнейшем (дома, в детских садах, в школе) важно научить беречь себя и свое здоровье; противостоять давлению рекламы, средств массовой информации, давлению сверстников; способам быстрого и уверенного отказа от пробования покурить, выпить, понюхать, уколаться. Необходимо также научить, как без лекарств и без психоактивных веществ преодолевать стрессы, депрессию, страхи, усталость, бессонницу, головную боль; как бороться с ленью, безволием, скукой и пустым времяпрепровождением; как научиться общаться весело и интересно без поджога себя допингом; как преодолевать ссоры, конфликты и как переносить жизненные неудачи, невезения, измены и т.п.

Решению этих задач способствуют известные программы ОБЖ (основы безопасности жизни) и зарубежные программы ФЖН (формирование жизненных навыков). Однако данные программы нуждаются в адаптации к конкретным целям и задачам первичной позитивной наркопрофилактики в конкретной среде.

2. *Социальная модель первичной наркопрофилактики* представлена социальной политикой в отношении потребителей наркотиков и других психоактивных веществ, недопущением торговли опасными веществами и противодействием их распространению. Прежде всего, это законы и правовые нормы: Международные конвенции (1961, 1971, 1988 гг.); “Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в РФ” (22 июня 1993 г.); Федеральный закон № 3 от 08.01.98 “О наркотических средствах и психоактивных веществах”; Федеральный закон № 120 от 24.06.99 “Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних”; статьи Уголовного кодекса РФ 20, 21, 23, 228-245. Конечно, законы и правовые нормы нуждаются в совершенствовании и поправках, однако реально общество использует их пока что не на полную мощность.

К социальной модели профилактики, естественно, относится также наличие соответствующего общественного настроения, мнения, отношения, менталитет, особенно в плане культуры и исповедуемых духовных, моральных и материальных жизненных ценностей, целей и смысла жизни. Совершенно очевидна при этом роль средств массовой информации в привитии, насаждении и распространении позитивности в образе жизни. Информация о поведении жестоком, разрушительном, о наркотиках и их употреблении — все это и тому подобное не должно подаваться без контрастного сопоставления с позитивностью, должно преподноситься осторожно, дозированно, взвешенно и лишь с переходом на положительные аспекты жизни. Сама по себе негативная информация разрушает психику, здоровье, установки, жизнь, является растлевающей. Это относится к некоторым вариантам художественной продукции, а также любым сведениям о наркотиках самим по себе. Такая информация и такого рода “художественные” произведения должны быть в распоряжении только соответствующих специалистов.

Указанные две модели направлены в основном на следующие установленные **факторы риска** приобщения к психоактивным веществам.

1. *Информационные факторы* (распространение сведений, фактов, примеров, событий, биографий, описаний жизни наркоманов и т.п.).

2. *Образовательные* (передача знаний, опыта, насаждение наркоманической “грамотности” и наркоманических навыков, описание химических формул и свойств наркотиков, способов их употребления, введения и т.д.).

3. *Социально-культурные* (обычаи, традиции, принятые формы общения и времяпрепровождения, формы досуга и способы получения радости, удовольствий, веселья).

4. *Индивидуально-психологические* (способы ухода от трудностей, скуки, способы преодоления стрессов и неприятностей, способы самовыражения, психологической защиты, зависимое поведение и аутоагрессивное поведение; стремление противопоставить себя обществу, игнорирование морали и понятий о добре и зле, жизненный цинизм).

5. *Социальный инфантилизм* (жизненная незрелость, несамодостаточность и несамостоятельность, несформированность целей и смысла жизни, неразвитость коммуникативных и адаптивных умений; преобладание гедонически-потребительских потребностей над потребностью учиться, трудиться, самосовершенствоваться).

6. *Фактор доступности наркотиков* (подпольная торговля ими, незаконный оборот, криминальный образ жизни, рост преступности и недостаточно эффективные меры их сдерживания).

7. *Смешанные факторы риска* (два или несколько из вышеназванных одновременно, что чаще всего встречается и тем самым затрудняет профилактику).

Однако наряду с социально-психологическими факторами риска приобщения к психоактивным веществам выделяют также факторы биологические — генетические, конституциональные и психобиологические, требующие медицинской модели наркопрофилактики.

Медицинская модель первичной наркопрофилактики предусматривает распространение медицинских знаний, обучение знаниям наркологии других специалистов. Однако самое главное — это работа психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов и специально подготовленных педагогов и социальных работников с теми лицами, у которых риск употребления психоактивных веществ обусловлен медицинскими факторами (расстройств и заболеваний).

В медицинской модели организации профилактической работы целесообразно различать антинаркоманическое воспитание, то есть наркогигиену (по аналогии с психогигиеной) и собственно наркопрофилактику — как предупреждение развития зависимости от психоактивных веществ.

Наркогигиена ставит своей целью сохранение данного природой здоровья вообще и трезвеннического образа жизни, в частности. Эти задачи решаются прежде всего воспитательным, образовательным и социальным путем: научить трезвеннически жить, трезвеннически решать проблемы и преодолевать трудности, трезвеннически защищать себя и трезвеннически получать радости и удовольствия. В работе данной направленности, безусловно, участвуют медики, однако в целом это задачи не медицинские, а социальные, педагогические, психологические, государственные.

Первичная наркопрофилактика требует специальной наркологической подготовленности. Это работа по выявлению лиц с повышенной предрасположенностью к зависимости от психоактивных веществ, высокой вероятностью приобщения к ним, а также лиц, которые уже начали приобщаться к ним (начальные стадии употребления и заболевания). Меры данного рода проводят школьные психологи, специально обученные социальные работники, медицинские психологи и психотерапевты, наркологи.

Первичная наркопрофилактика путем коррекции личной уязвимости

Выявлены следующие признаки (маркеры) личностно-характерологических свойств, которые порознь, а чаще в совокупности создают определенную критическую массу *повышенного риска приобщения к наркотикам*, алкоголю и другим психоактивным веществам:

- низкая толерантность к фрустрациям, то есть незакаленность в отношении жизненных трудностей, нервозность и переживания при малейших сложностях, препятствиях, неудачах и т.п.;

- наличие комплекса неполноценности, ущербности, некрасивости, особенно в сочетании с желанием признания и вхождения в группу “полноценных” и утвердившихся;

- чрезвычайное стремление к независимости, высвобождение от опеки старших (в том числе родителей, учителей), особенно при желании противопоставить себя нормам, правилам, порядку, обществу, закону и т.д.;

- недостаток родительской любви и заботы, особенно если в семье имеются (или были ранее) лица с алкогольной или наркотической зависимостью;

- отсутствие ответственности перед собой, неспособность быть хозяином своего слова, особенно со склонностью к лживости, обманам, нечестности;

- замкнутость, стеснительность, робость и нерешительность, чувство несамодостаточности, замаскированная тревожность, страх, боязливость;

- легкомысленность и поверхностность в общении, неспособность к глубоким чувствам и устойчивым межличностным привязанностям (в том числе при кажущейся общительности);

- недостаточная адаптивная способность мобилизовываться и делать усилия, обдумывать обстоятельства и делать выбор, шаблонность в образе жизни и подчиняемость стилю, моде, рекламе, псевдокультуре.

Работу по коррекции личностной уязвимости могут проводить психологи, психотерапевты, педагоги, а также родители с помощью воспитательных мер. Если при этом используются специальные подходы, то они обычно представлены методами психодиагностики, психологических индивидуальных и групповых тренингов, классными дискуссиями, поведенческой коррекцией, ролевыми играми, психодрамой, самоанализом и саморегуляцией и т.п.

Первичная наркопрофилактика с помощью психологического иммунитета

Привитие путем воспитания и просвещения психологической иммунизации.

- близкие и теплые отношения между родителями и детьми в духе искренности, дружбы, любви, заботы, взаимной поддержки и ответственности;

- неформальные, участливые и дружеские отношения между воспитателями и детьми, учителями и учениками;

- привитие с раннего детства (еще в дошкольном возрасте) духовных ценностей и любви к труду и учебе, стремления к физическому, душевному и духовному совершенству;

- формирование (воспитание) способности спокойно встречать отказы, запреты, требования, сложности и трудности жизни, лишения и утраты, стрессы и неприятности;
- воспитание способности соблюдать порядок, быть дисциплинированным, понимать преимущества уважительного и корректного отношения к другим людям, соблюдение законов и морали;
- формирование как можно раньше целей и смысла жизни, профессионального интереса и стремление приобрести позитивный, надежный и авторитетный социальный статус, не связанный с риском быть отвергнутым или наказанным обществом;
- воспитание чувства здоровья и радости быть здоровым, желание беречь здоровье;
- формирование способностей общаться, веселиться и радоваться без застолий, без употребления алкоголя и других пьянящих веществ;
- воспитание самостоятельности, жизненной компетентности и способности ответственно принимать решения;
- формирование способности преодолевать чувство собственной неполноценности и незначительности, правильно выражать свои чувства и управлять собой и своим поведением;
- ответственность родителей и других членов семьи за воспитание детей, за атмосферу взаимоотношений с семьей, за наличие и соблюдение правил поведения, за чувство коллективизма и заботу друг о друге.

Первичная наркопрофилактика путем коррекции школьной (социальной) дезадаптации

Социальная дезадаптация — это неспособность соответствовать требованиям школы, семьи, общества. Проявляется она отклонениями (аномалии, девиации) в следующих сферах жизнедеятельности:

- учеба и работа;
- отношения и взаимоотношения в семье;
- забота о самом себе (поддержание и сбережение здоровья, психического состояния и физической формы, внешнего вида, устройство своего быта, работа по дому, усилия по обеспечению себя всем необходимым для нормальной здоровой жизни);
- отдых и досуг, неформальные контактов и общения, времяпровождение, занятия, увлечения и интересы (способность получать удовольствия без употребления психоактивных веществ);
- полоролевое поведение и сексуальные отношения (способность ухаживать, дружить, любить, создавать и беречь семью, воспитывать детей);

- участие в формальных объединениях, сообществах, организациях в качестве члена группы.

Конкретными проявлениями дезадаптивного поведения в любой из названных сфер могут быть следующие признаки:

- ложь, обман, интриги, манипулирование;
- душевная черствость, жестокость, бездушие, насилие, агрессивность;
- замкнутость, самоизоляция, робость, трусость, фобии, боязливость, страх;
- легкомыслие, необдуманность, поспешность, импульсивность;
- несдержанность эмоций, возбудимость, взрывчатость;
- неспособность соблюдать порядок, дисциплину, правила поведения, этические и моральные нормы;
- конфликтность, ссоры, принуждения, неадекватная борьба за лидерство или за эмансипацию;
- раннее курение и алкоголизация, употребление наркотиков;
- правонарушения;
- суицидальное поведение;
- уходы из семьи и бродяжничество.

Под собственно школьной дезадаптацией понимают невозможность обучения, то есть неуспеваемость, а также невозможность конструктивного взаимодействия с учителями и со сверстниками. Другими словами — это несоответствие школьника предъявляемым ему требованиям школьной среды (учебная нагрузка и режим занятий, личностные особенности учителей, психологический климат класса и школы, атмосфера в учительском коллективе, особенности администрации в школы, взаимоотношения школы и семьи ученика, наличие и особенности формальных объединений в школе, наличие и особенности неформальных групп учащихся).

По отношению к дезадаптивному (аномальному, девиантному) поведению лечебных средств и способов не существует. Для исключения заболевания, конечно, необходимо наблюдение школьного врача и школьного психолога, а при необходимости — консультации других врачей.

Главное в психосоциальной коррекции школьной дезадаптации — объединение и координация усилий семьи и школы, согласование методов воспитания, способов мотивации, поощрения, порицания, приобщения к труду, учебе, другим занятиям. Параллельно с этим необходимы социально-психологические тренинга в коррекционных группах школьных психологов (дискуссии, ролевые тренинга, ситуационные тренинга, драматические роли, моделирование поведения, когнитивная и поведенческая психокоррекция и т.д.). Очевидно, что данная работа не из легких, ведь не случайно появилось обозначение этой категории — трудные или трудновоспитуемые дети.

Медицинское направление первичной наркопрофилактики

В медико-профилактической работе в первую очередь подлежат выявлению лица, имеющие повышенный риск приобщения к наркотикам из-за наличия тех или иных психических отклонений, дефектов психики, других медицинских неблагоприятных факторов:

- наличие умственной недостаточности;
- наличие другого психического заболевания (шизофрения, эпилепсия, неврозы, психопатия, депрессия, последствия тяжелых стрессов или физических травм и т.п.);
- наследственное отягощение, в том числе алкоголизм и наркомании в роду, психические расстройства в родословной;
- остаточные явления и последствия органических поражений головного мозга в период внутриутробного развития, родов и вследствие инфекций раннего детства (менингиты, энцефалиты, отиты, аденоиды и т.д.), ранних интоксикаций, в том числе эпизоды отравления алкоголем, его суррогатами, наркотиками;
- эпизодическое употребление наркотиков до того, как наступила зависимость, то есть начальный период формирования зависимости;
- глубокие дефекты воспитания и социально-педагогической запущенности, задержки психического развития, патологические формирования характера, сексуальное растрепание, антисоциальное растрепание, криминальное растрепание;
- выраженные формы возрастных пубертатных кризисов с клиническими признаками эмоционально-вегетативных проявлений, неврозо-подобными и психопатоподобными нарушениями.

Дети и подростки с данными отклонениями, а у большинства они смешанные, комплексные, нуждаются в изучении и наблюдении специалистов, психокоррекционной и психотерапевтической помощи, восстановительном лечении. В особых случаях при начале употребления наркотиков может понадобиться предупреждающее (профилактическое, превентивное) лечение у нарколога.

Важнейшей составной частью медицинской модели наркопрофилактики является распространение знаний о механизмах формирования зависимости к психоактивным веществам и ее последствиях, об опасности употребления наркотиков. Однако это должны быть не лекции для больших аудиторий, не выступления по радио или ТВ, не эпизодические консультации в средствах массовой информации, тем более не эпизодические общественные акции. Такие занятия должны подаваться системно, в виде циклов занятий, или семинаров, лучше всего с малыми однородными группами (отдельно — для родителей, для учителей, для сотрудников милиции, для детей, для подростков, для воспитателей, для работников СМИ).

Что касается детей и подростков, то для них не следует специально обозначать тему наркотиков, тему беседы, лекции. Лучше всего нужную информацию подавать в структуре позитивной темы, например темы урока или другого вида позитивного занятия. Только выборочно, отдельно, с теми, кто уже явно замечен в употреблении вещества, можно говорить откровенно на специальные темы. Как видно, главное здесь требование — адресность специальных сведений.

Еще одно важное положение — о роли психиатров и наркологов в медицинской модели первичной наркопрофилактики. Значительно повысится отдача от их специальной квалификации, если наркологи будут меньше задействованы в лекциях и беседах. Их главное профилактическое предназначение — обучать тех, кто непосредственно общается с детьми и подростками, работать с наиболее тяжелыми группами риска, проводить профилактическое консультирование и профилактическое лечение, разрабатывать учебные пособия и методические рекомендации.

Формы и методы организации профилактической работы

1. Государственные и местные административные методы противодействия торговле наркотиками, незаконному обороту психоактивных веществ, их распространению и доступности.

2. Раннее выявление и привлечение к консультации у нарколога лиц (особенно из числа детей и подростков), вовлеченных в употребление наркотиков. Заподозрить и обнаружить потребителей пьющих и дурмящих веществ можно чаще всего в семье, возможно также в школе, в другом учебном заведении, на дискотеках, в местах постоянного сбора молодежи, отдыха и развлечений, в медицинских учреждениях и т.п. Поэтому настороженными в данном плане должны быть, прежде всего, родители, родные и близкие, друзья, воспитатели, учителя, врачи, психологи, социальные работники, сотрудники милиции. Устанавливая факт употребления наркотиков, важно быть корректными, доброжелательными, и в то же время настойчивыми и твердыми с целью добиться согласия на консультацию нарколога.

3. Медико-психологическое обследование детей в школе, выявление лиц, эмоционально уязвимых, с повышенной склонностью к аномальному, в том числе зависимому, поведению, с признаками социальной дезадаптации. Формирование групп с однородными факторами повышенного риска и проведение с ними (с согласия и совместно с участием членов семьи) психокоррекционных профилактических мероприятий.

4. Обучение вопросам профилактики родителей и других членов семьи (занятия, семинары, участие в психокоррекционной работе, лекции для роди-

телей, специальные для родителей и семьи публикации и передачи в СМИ, учебные и методические пособия).

5. Обучение вопросам профилактики воспитателей, учителей, педагогических психологов и социальных работников (лекции, семинары, учебные и методические пособия, отдельные программы в СМИ).

6. Специальная работа с молодежными лидерами, руководителями всевозможных молодежных групп и объединений.

7. Создание возможности для доступного и свободного консультирования, в том числе анонимного: наркологические телефоны доверия, пункты социально-психологической помощи, кабинеты нарколого-психологического консультирования, кабинеты психотерапевтической помощи.

8. Работа по организации лечения и реабилитации наркозависимых, по разработке более эффективных программ и методов.

9. Дополнительные меры в школах и учебных заведениях по усилению воспитания детей и подростков (нравственно-правового, культурно-эстетического, духовного, полового, трудового), воспитание личностной зрелости.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

О.Г. Юсопов

г. Павлодар

Человек привык считать себя хозяином природы, ее вершиной, ее венцом. Но человек только часть природы, полностью подчиняющаяся ее законам. Как часто стали говорить и писать о законах развития природы, о ее сложных процессах регулирования, тонкой ранимости ее взаимосвязей. Говоря об экологических проблемах: загрязнении воздушной и водной сферы и т.д. – мы часто забываем о проблеме экологии самого человека. В этом плане в последнее время все острее становится проблема аддиктивного поведения.

Вопрос о причинах, порождающих, особенно среди несовершеннолетних и лиц молодого возраста, различные формы зависимости как массовое, эпидемическое явление, а также определение феномена антинаркотической устойчивости и его развитие у населения представляет собой на сегодняшний день один из актуальных аспектов эффективной борьбы с зависимостью от ПАВ. Без изучения причин и факторов, приводящих к развитию химической зависимости от различных психоактивных агентов, невозможно адекватно планировать тактику и стратегию профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий у потребителей психоактивных веществ (ПАВ).

На сегодняшний день можно выделить три обобщенных фактора влияющих на развитие наркотической зависимости: вид употребляемого наркотика, лица, употребляющие наркотики с их субкультурой, особенности окружающей среды (нелегальный рынок наркотиков, законодательство, общественное сознание), отсюда становится ясно, что все профилактические и лечебные усилия должны быть направлены на эти факторы.

В ряде проблем, которые стоят сегодня перед Казахстаном, на одно из первых мест все увереннее выходит проблема зависимости от ПАВ, как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности.

Масштабы и темпы распространения наркомании ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность нашего общества в уже ближайшей перспективе. Злоупотребление ПАВ лишает сегодняшних детей как права вступать во взрослую жизнь с чувством достоинства и в полном здравии, так и возможности внести значимый вклад в будущее своих стран и всего мира. Более того некоторые дети сталкиваются с наркотическими веществами уже в утробе матери. Их первое знакомство с миром (от которого зависит многое в жизни человека) это жестокие боли, которые он испытывает в связи с абстиненцией из-за выработавшейся у матери привычки к наркотическим веществам.

Многие государства уже внедрились систему правового, медицинского, социального и прочего обеспечения реабилитации наркоманов одновременно с мощной пропагандистской кампанией против наркотиков.

В Казахстане подобная система находится в зачаточном состоянии. Такое положение на фоне роста числа наркоманов, количества преступлений, совершаемых под воздействием наркотиков и алкоголя, требует от общества принятия незамедлительных радикальных шагов, которые должны быть сделаны как со стороны правительственных структур, так и со стороны средств массовой информации, учреждений здравоохранения, культуры и образования, а также национально ответственного бизнеса и населения в целом.

Очевидна необходимость привлечения к проблеме наркомании, алкоголизма и табакокурения в Казахстане внимание тех, кто принимает решения и влияет на судьбы общества — исполнительной и, особенно, законодательной власти, руководителей средств массовой информации. Общество фактически не имеет сколь либо серьезного иммунитета в отношении этой страшной угрозы. Оно практически беззащитно.

Общественное отношение к проблеме наркомании сегодня в подавляющем большинстве случаев характеризуется как однозначно негативное и отвергающее. Подобное отношение связано с незнанием и непониманием наркомании как явления. В отношении наркомании проявляется общая социальная

неудовлетворенность, страх перед неизвестным, а потому – пугающим, боязнь наркомафии, тревога за собственных детей и родственников, эмоциональное впечатление от криминальной статистики, культурно-исторические стереотипы. Принципиально важно, чтобы в самое ближайшее время было радикально изменено отношение казахстанского общества к проблеме наркомании: от существующего достаточно негативного, порой равнодушного, к активному противодействию. Каждый должен осознать тот факт, что борьба с наркоманией начинается, прежде всего, с семьи, со школы, с института и оставаться в стороне, надеяться, что государство сделает все без поддержки граждан, просто наивно и даже преступно.

Приобщение детей и подростков к наркотизации в настоящее время идет более высокими темпами, чем среди взрослого населения, исходя из этого, необходимо четко определить стратегию и оптимальные пути формирования активной, наступательной первичной профилактики употребления ПАВ, осуществлять реальные шаги к реальному и действенному объединению профессионалов – педагогов, психологов, медиков, работников социальных, правоохранительных органов, а также членов общественных движений и организации, родителей в активном противодействии распространению наркотизма среди детей и подростков.

Основной акцент должен ставиться на меры первичной профилактики, направленной на формирование антинаркотической устойчивости населения и на предупреждение неблагоприятного воздействия на здоровье факторов социальной и природной сферы. Одной из важнейших задач в этом направлении является консолидация усилий учреждений, ведомств, организаций на всех уровнях. Профилактические программы должны строиться на объединении в единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной, вторичной и третичной профилактики.

Профилактические мероприятия в основном сводятся к демонстрации гражданского пафоса в отношении наркотических веществ или, в лучшем случае, к проповедям и призывам, что само по себе бесперспективно, расточительно и бесполезно. Общественная активность, в основании которой отсутствует компетентность, напоминает маскарад. К тому же, простого информирования о негативных последствиях употребления ПАВ, как показывают исследования и опыт, недостаточно, необходимо изучение проблемы наркозависимости с научных позиции, что позволит понять различные аспекты данной проблемы, учет которых позволит сформировать более адекватное понимание задач, стоящих перед специалистами разных областей науки и социальной практики.

Как видится на сегодняшний день, системообразующими факторами антинаркотической политики являются профилактические возможности и по-

тенции общества. Основной целью же является развитие антинаркотической устойчивости населения и поэтапное вытеснение психоактивных веществ из сферы человеческих потребностей.

Ранняя профилактика наркотизма - все более актуальная проблема не только наркологии, но и педагогики, психологии, социологии. Как предотвратить приобщение детей к психоактивным веществам, исключить даже единичные их пробы? Ведь наркотики и другие ПАВ сегодня — это не просто некие яды, опасность которых однозначно оценивается всеми, и детьми в том числе. Их потребление — это составная часть образа жизни молодых людей. Как противостоять экспансии наркотически ориентированной культуры в нашу подростково-молодежную среду? Профилактика наркотизма сегодня имеет дело с множеством невыясненных вопросов. Именно поэтому она оказывается связанной с целым рядом предубеждений — предвзятых мнений, логических ошибок, которые носят характер твердых принципов, основанных на вере, а не на знаниях.

Профилактика аддиктивного поведения должна коснуться всех сфер жизни подростка: семьи, образовательной среды, общественной жизни в целом.

Полноценная профилактика аддиктивного поведения невозможна без участия в ней средств массовой информации – авторитетного и популярного пропагандистского органа. На представителей этой мощной индустрии должна быть возложена моральная ответственность за качество информационной продукции и за ее содержание. В печатных изданиях и телевизионных программах информация для подрастающего поколения в настоящее время носит в основном развлекательный характер. Дети воспринимают средства массовой информации, особенно телевидение, только как развлечение, что может уводить их от проблем реального мира в целом и проблем подросткового возраста в частности.

Все большее воздействие на восприятие, возможности выбора и поведения молодежи оказывает глобализация средств массовой информации и рынков. Многие молодые люди более уязвимы и подвергаются воздействию ставших еще более агрессивными методов продажи, сбыта и маркетинга потребительских продуктов и потенциально вредных веществ. Одновременно с этим господство свободного рынка свело на нет имевшиеся “сети безопасности” общественного здравоохранения во многих странах и ослабило социальные структуры, имевшиеся в распоряжении молодежи. Быстрые и резкие социально-экономические перемены, гражданские конфликты, бедность, отсутствие крова и жилья и изоляция повысили вероятность того, что алкоголь и наркотики играют все большую роль в жизни многих молодых людей.

Профилактика аддиктивного поведения особую значимость приобретает в подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А во-вторых, именно в подростковом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции. Это такие качества как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и ее потенциалам, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции; делают попытки в самоопределении.

Стратегической основой всей антинаркотической работы среди подрастающего поколения является принцип недопустимости употребления ПАВ детьми и подростками. Практическое осуществление этого принципа означает создание базиса первичной профилактики наркотизма, которая в свою очередь является ядром борьбы с наркоманией в целом.

В 2001 году проведено многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан. Результаты исследования убеждают в реальности феномена антинаркотической устойчивости населения и дают его основные компоненты:

- ✘ Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- ✘ Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- ✘ Качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом;
- ✘ Наличие адекватно сформированного, “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
- ✘ Наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;
- ✘ Полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Формирование антинаркотической устойчивости и трезвеннических установок у подрастающего поколения являются стержнем антинаркотической профилактики, важнейшими направлениями антинаркотической работы среди детей и подростков, кардинальным условием осуществления принципа недопустимости потребления наркотиков молодежью.

Цели профилактической деятельности:

- ✦ повысить навыки и компетенцию подрастающего поколения в вопросах, от которых зависит их здоровье;
- ✦ реализовать полноценное научное исследование проблем злоупотребления ПАВ в подростковой среде;
- ✦ развить основные компоненты антинаркотической устойчивости у детей и подростков;
- ✦ укрепить социально-психологический иммунитет к вредоносному воздействию среды;
- ✦ обеспечить максимальное использование потенциалов общества в решении проблем, связанных со здоровьем.

На сегодняшний день можно поставить следующие задачи по профилактике злоупотребления ПАВ и по повышению уровня психического здоровья:

Задачи 1 уровня:

- ✦ разработка межведомственного взаимодействия государственных учреждений имеющих отношение к охране психического здоровья;
- ✦ разработка взаимодействия государственных учреждений и служб с негосударственными организациями;
- ✦ организация системы непрерывного обучения психиатров, психологов, наркологов, социальных работников в области охраны психического здоровья;
- ✦ развитие системы повышения психиатрических, психологических и психотерапевтических знаний у врачей общего профиля, педагогов, юристов, социальных работников, родителей;
- ✦ поощрение научных исследований в области охраны психического здоровья.

Задачи 2 уровня:

- ✦ снижение объемов наркотических веществ на рынке и их доступность;
- ✦ снижение тенденции к омоложению, более раннему возрасту употребления наркотических веществ, остановка высокого темпа роста наркомании, особенно детской и подростковой;
- ✦ снижение доступности так называемых «вовлекающих» наркотиков и исключение включения их в молодежную субкультуру, разрушение налаженной системы вовлечения в употребление наркотиков детей и подростков;
- ✦ повышение научности и эффективности профилактических усилий;

Задачи 3 уровня:

- ✦ способствование осознанию и усвоению детьми основных человеческих ценностей;

- ✗ развитие качеств антинаркотической устойчивости;
- ✗ обучение детей методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения ПАВ;
- ✗ усиление участия молодежи в политике, связанной со здоровьем молодежи;
- ✗ формирование у детей психосоциальных и психогигиенических навыков принятия решений, эффективного обучения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию среды, управления эмоциями;
- ✗ доведение до сознания детей преимуществ отказа от употребления ПАВ;
- ✗ формирование установки на ведение здорового образа жизни;
- ✗ повышение самооценки у детей.

Основные составляющие профилактической борьбы



Принципы антинаркотической профилактики:

1. Антинаркотическая кампания должна начинаться с раннего возраста.
2. Профилактика является частью школьного воспитания и обучения.
3. Привлечение внимания к социальному взаимодействию и отказу от ПАВ, внятный показ альтернатив жизни без ПАВ.
4. Особый акцент делается на возрастные кризисные переходы.
5. Активное участие самих школьников.
6. Вовлечение взрослого населения и использование феноменов массового сознания.

7. Профессиональная подготовка учителей и психологов.

8. Вес усилия являются системными, парциальными и адекватными.

Становится понятным, что основные усилия всех профилактических программ должны быть направлены на решение задач 3 уровня, и все профилактические мероприятия должны проходить с максимальным участием детей, подросток сам должен уяснить главное правило борьбы с наркотиками: не начинать! Кроме того, борьба со злоупотреблением ПАВ будет существенно эффективной, если она будет идти из среды самих детей и подростков.

Основные направления профилактики наркотической зависимости:

Психогигиеническое – коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности. Индивидуальная психолого-педагогическая работа с детьми, входящими в группу риска, угрожаемыми в отношении отклоняющегося поведения.

Проведение эффективных психогигиенических мероприятий невозможно без знания основных механизмов, форм и направлений развития дезадаптации, разработки методов ранней, донозологической диагностики и прогнозирования, выделения групп лиц, угрожаемых в отношении тех или иных форм отклоняющегося поведения.

Полноценная адаптация определяется как способность к постоянному развитию и обогащению личности за счет повышения ее самостоятельности и ответственности в межличностных отношениях, зрелого и адекватного восприятия действительности, умения оптимально соотнести собственные интересы с интересами группы.

Во всех вариантах девиации поведения у подростков ведущую роль играют социальная среда, конкретные условия воспитания, которые уродуют и ломают тонкий процесс социально-психологического и нравственно-этического развития подростка. Очень условно можно построить замкнутую цепь: порочная среда – нервно-психическая неустойчивость – девиантное поведение – порочная среда. Приведенный круг не фатален. Из него много выходов, и наша задача – вовремя открыть подростку путь полноценного самоутверждения.

Отсюда основным принципом психогигиены воспитания является такая организация, которая создает оптимальные условия для своевременного и гармоничного развития личности и препятствует возникновению психического перенапряжения и эмоциональных конфликтов.

Необходимым направлением психогигиенической работы и в целом первичной профилактики является оздоровление микросреды, где наркотик выс-

тупает в качестве неспецифического индикатора порочности микросреды и маркера социально-психологической несостоятельности личности.

Школьная дезадаптация является во многом стержневым признаком будущего асоциального развития личности. Поэтому среди ведущих направлений профилактики в этом плане необходимы: гармонизация режима труда и отдыха, психологическая коррекция поведения, перестройка системы личностных оценок, повышение конструктивной помощи, улучшение психологической атмосферы в семье, перестройка ролевых отношений в подростковом микроколлективе, поиск продуктивного и доступного пути самоутверждения подростка.

Педагогическое – поэтапное антинаркотическое воспитание в школе. Формирование трезвеннических установок и здорового образа жизни у подрастающего поколения.

Цели антинаркотической работы в школе определяют ее содержание и направления в деятельности. К ним относятся:

- ✘ создание условий для развития у подрастающего поколения антинаркотической устойчивости;
- ✘ демонстрация и разъяснение вреда употребления наркотиков, выработка антинаркотических установок;
- ✘ разъяснение причин возникновения влечения к ПАВ;
- ✘ повышение ответственности за собственное здоровье.

В профилактических беседах ни в коем случае не следует приводить описание путей получения, изготовления и применения наркотических средств и их прекурсоров и их подробный перечень, с тем, чтобы беседа не могла служить справочным материалом для приобретения и использования наркотиков. Описание клинической картины наркотического опьянения, переживаемых под влиянием наркотика эйфорических ощущений должны быть исключены. Нежелательно описание состояний наркотической интоксикации с использованием позитивно воспринимаемых эпитетов и определений. Не следует ссылаться на “кумиров” молодежи, страдающих наркоманией.

Нецелесообразно использование медицинской терминологии и наркоманического жаргона.

Подросток должен четко знать, что сейчас с помощью современных лабораторных методов возможна четкая диагностика, предусматривающая определение конкретного примененного ПАВ.

Подробно следует освещать особенности формирования патологического влечения к ПАВ, тяжелых абстинентных расстройств, следует говорить о большей вероятности заражения потребителей наркотиков ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, венерическими заболеваниями.

В настоящее время при проведении профилактических мероприятий нельзя обойтись без применения аудиовизуальных методик, и наиболее эффективными являются видеофильмы.

Необходимо расширение представлений о содержательной стороне жизни, именно на это направлена стратегия позитивной профилактики, т.е. формирование представлений о широких альтернативных возможностях.

Для того чтобы предотвратить употребление наркотиков и алкоголя, профилактическую работу с детьми, очевидно, целесообразно начинать в самом раннем возрасте. Цель такой работы должна заключаться в том, чтобы уже на ранней стадии сформировать у ребенка правильное отношение к вопросам, касающимся его здоровья, повлиять на его убеждения и вооружить его необходимыми знаниями, а также в том, чтобы предложить привлекательные альтернативные виды поведения. В этой связи следует отметить, что воздействовать на детей, начавших употреблять алкоголь до 10-летнего возраста, с помощью профилактических мер весьма трудно. Употребление спиртного детьми в очень раннем возрасте, часто ведущее к возникновению многочисленных проблем, объясняется либо сильным негативным влиянием со стороны родителей, либо воздействием на них комплекса других проблем, связанных с их окружением, и поэтому индивидуальные профилактические меры являются малоперспективными. В данном случае значительно более действенными являются системные терапевтические мероприятия.

Уже давно пора перейти к адресной в гендерном, возрастном отношении профилактике, в которой уделяется внимание различным по своей сути причинам и функциям употребления алкоголя мальчиками и девочками, и возрастным особенностям.

В основе современных исследований по вопросам профилактики лежит предположение о том, что реальных изменений можно добиться лишь путем сочетания мер, ориентированных на индивидуума и на его средовые условия («контекст»), в поведении. Тот факт, что в рамках применяемых в последнее время подходов к профилактике злоупотребление конкретным веществом рассматривается в качестве попытки удовлетворить нормативные потребности развития и противостоять различным стрессам, не только помогает применять соответствующие стратегии реагирования, но и положительно влияет на определяющие поведение намерения, на восприятие людьми своей способности влиять на свою жизнь и на само поведение людей. Ранее упор в принимаемых мерах делался исключительно на знания или социальные установки молодых людей.

Профилактика особенно эффективна тогда, когда она предполагает обучение способам противодействия социальным влияниям, вырабатывает у

людей общие навыки решения проблем и повышает их социальные интерактивные способности, в частности, способность бороться со стрессом, т.е. вырабатывается социально-психологический иммунитет на вредоносное воздействие среды.

Общая цель работы, проводимой школой в этой области, заключается в том, чтобы выработать у учащихся навыки и компетентность, которые позволили бы им действовать и влиять на свою жизнь и условия окружающей их среды.

Одним из главных условий выработки у учащихся таких способностей является то, что преподавание должно соответствовать потребностям учащихся и быть организовано таким образом, чтобы они испытывали чувство сопричастности с изучаемыми вопросами и темами.

Далее показаны основные перспективы знаний, которые позволяют практически рассматривать и анализировать тот или иной конкретный связанный со здоровьем вопрос.

1. Изучение проблемы. Знания о наличии и масштабе проблем, касающихся здоровья. Эти знания касаются последствий для здоровья таких факторов, как состояние окружающей среды, образ жизни, социальные отношения и т.д. Эти знания могут касаться, например, последствий определенного поведения или же последствий выпадения кислотных дождей, загрязнения воздуха в городах или на рабочем месте. Эти знания могут касаться также такого явления в школах, как «кулачное право», то есть когда сильный обижает слабого, и того, как это явление сказывается на здоровье и благополучии учеников.

Эти знания, безусловно, имеют важное значение, поскольку они порождают озабоченность и пробуждают внимание; действительно, можно утверждать, что эти знания служат отправной точкой для совершения определенных осознанных поступков. Таким образом, эти знания могут служить одним из необходимых условий для наделения учащихся реальными возможностями принимать решения и совершать поступки. Сами по себе, однако, эти знания не дают ответа на вопрос, почему мы сталкиваемся с целым рядом отдельных проблем, и даже как мы можем попытаться решить эти проблемы. Этот тип знаний имеет преимущественно научный характер. Взятые в отдельности, эти знания вполне могут одновременно вызывать у учащихся озабоченность и парализовывать их действия.

2. Причины. Причины возникновения проблем со здоровьем: почему и при каких обстоятельствах мы заболеваем; какие факторы ухудшают или повышают качество жизни и т.д. Под причинами мы понимаем социальные факторы, обуславливающие наше поведение: почему курение чаще всего встречается в определенных социальных группах; какие аспекты наших жизненных

условий в наибольшей мере определяют тот исход, когда употребление алкоголя приводит к злоупотреблению им? Чем объяснить тот факт, что шансы умереть от сердечных заболеваний у водителя такси почти в два раза выше, чем, например, у архитектора? Почему в наших обществах безработица значительно повышает риск заболеваний и риск наступления смерти? Какие условия в школе, например, способствуют возникновению такого явления, как «кулачное право»? Кто обижает слабых в школах, и какие причины лежат в основе этого явления?

Это измерение знаний во многом объясняет увеличивающийся разрыв в состоянии здоровья людей. Эти знания касаются, главным образом, социологических, культурных и экономических областей.

3. Стратегии поведения. Фактический процесс изменений. Оно включает знания о том, как управлять своей жизнью, как влиять на атмосферу отношений в школе и как способствовать изменению условий жизни в обществе. Какие психологические механизмы включаются в работу, когда человек входит в группу, которая пытается навязать членам этой группы образ жизни на свой манер или, возможно, даже в корне изменить образ жизни членов этой группы? И как мы поступаем в ситуации, когда мы пытаемся изменить окружающую обстановку в школе, на работе или в местной общине по различным каналам? Как и к кому мы обращаемся и с кем мы можем объединиться?

Вся эта область знаний играет ключевую и решающую роль для ориентированного на конкретные мероприятия медико-санитарного просвещения. Кроме того, эта область включает знания о том, как наладить сотрудничество, какова суть избираемых стратегий, как складываются и воспринимаются властные отношения и т.д. Эти важные области знаний касаются преимущественно психологических и социологических исследований.

Когда речь идет о разработке стратегий для изменений представляется исключительно важным подумать о знаниях, касающихся масштаба проблемы, а не только о ее причинах. Эти различные измерения знаний следует рассматривать во взаимосвязи друг с другом и в контексте тех задач, связанных со здоровьем, которые ставятся перед учениками.

4. Знания об альтернативах и наши представления о будущем. Четвертое и последнее измерение касается необходимости составить собственное представление о наших перспективах. Одной из важных предпосылок для желания и сил совершать поступки и изменять положение дел является наличие реальных возможностей, в том числе необходимой поддержки и дополнительного запаса энергии, которые потребуются для формирования и становления своих собственных устремлений и идей относительно будущего своей личной жизни, работы, семьи и жизни общества.

Это измерение может включать знания об условиях в соседней школе или знания о том, как различные вопросы решаются в рамках других культур, будь-то вблизи или на расстоянии, ибо знания об этих условиях могут послужить питательным источником для вдохновения, необходимого для формирования своих собственных мировоззрений. Возможно, школа в соседнем районе успешно решает вопросы, связанные с планированием вечеринок для учащихся старших классов без употребления алкогольных напитков или при условии ограниченного их употребления. Учащихся этой школы можно было бы пригласить с тем, чтобы они поделились своими соображениями и опытом. Возможен и такой вариант, когда родители учащихся других классов поразмыслили над идеями о том, как обсуждать и предугадывать связанные с алкоголем проблемы в тесном контакте со своими детьми. Этим родителям можно было бы пригласить с тем, чтобы они поделились своими соображениями на собрании с участием всех учеников класса и их родителей.

Санитарно-гигиеническое – повышение санитарной грамотности и культуры населения. Антинаркотическая пропаганда среди широких слоев населения.

Для повышения эффективности антинаркотической пропаганды необходимо разнообразить ее формы, повышать научный уровень, проводить работу систематически с учетом особенностей различных групп населения. В этом плане санитарное просвещение призвано вырабатывать у населения устойчивые оценочные суждения по отношению к наиболее важным сторонам жизнедеятельности человека, связанным с его здоровьем.

Антинаркотическая пропаганда достигнет больших успехов, если она будет направлена на целевые группы населения. Это предполагает соответствие содержания программы специфическим задачам и использование методик, условий и вида просвещения, наилучшим образом соответствующих особенностям данной группы. Средствам массовой информации при этом отводится важная роль.

Необходимо освещать не только отрицательное воздействие наркотических веществ на организм человека, но и позитивные моменты, перспективы, цели и мотивы, ради которых необходимо подвергнуть себя ограничению и сказать “НЕТ”. Иными словами, наглядно показывая, почему употреблять наркотики плохо, антинаркотическая пропаганда крайне невнятно и неубедительно говорит о том, почему хорошо не употреблять наркотики, почему трезвый образ жизни во всех отношениях превосходит образ жизни злоупотребляющих наркотиками людей.

Основными задачами антинаркотической пропаганды являются.

1. Разъяснение вреда приема даже малых доз наркотического вещества.

2. Демонстрация вредного влияния наркотиков на организм человека.
3. Привитие разумного и критического отношения к здоровью и ПАВ.

Медико-социальное – комплексная работа с лицами, зависимыми от ПАВ. Санирование биологической почвы. Оздоровление микросоциальной среды. Работа по индивидуальным планам медико-педагогических мероприятий.

Здравоохраненческое – развитие и совершенствование наркологической службы. Система мер по уменьшению распространенности наркомании. Широкая антинаркотическая работа всей общемедицинской сети.

Административно-правовое - создание нормативной базы препятствующей проникновению ПАВ в подростковую среду, и контроль над выполнением ее основных разделов.

Необходимо осуществление постоянного и полномасштабного мониторинга злоупотребления наркотиками, их оборота и преступности, связанной с ними. Имеется в виду, что он должен включать в себя непрерывное проведение репрезентативных выборочных исследований с целью сравнительно точного выяснения латентного массива нелегального производства, сбыта и потребления наркотиков, их структур и источников. При этом необходимо создание специального банка данных, содержащего разностороннюю информацию по всей проблематике наркомании и наркобизнеса.

Этапы профилактической деятельности:

1. Исследование. Данный этап представляет собой расширение компетенции подростка в таких важных областях, как психическое развитие, культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология и собственно проблемы аддиктивного поведения с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий. На этом этапе необходимо провести исследование проблем злоупотребления ПАВ и состояния психического здоровья среди детей и подростков. Данное исследование проводится каждые 3 года в школах всех регионов Республик Казахстан и должно охватить, как можно большую выборку детей, это позволит осуществлять полноценный и достаточный научный мониторинг по проблемам ПАВ и психического здоровья среди детей и подростков и наметить основные направления в профилактической работе. Исследование должно включать в себя, кроме вышеперечисленных компонентов, диагностику личностных особенностей, которые могут оказать влияние на формирование аддиктивного поведения, а также получение информации о положении ребенка в семье, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и других возможных референтных группах.

Научная и практическая ценность изучение природы, видов, причин, тенденций аддиктивного поведения:

- совершенствование социальных норм
- совершенствование юридических норм
- совершенствование практики применения социальных и юридических норм
- укрепление системы социального контроля
- последовательная реализация мер воспитания, профилактики и ответственности
- повышение эффективности в области лечения аддиктивных форм поведения
- создание общей концепции аддиктивного поведения

Цель изучения:

- раскрыть обстоятельства, предопределяющие возникновение и существование аддиктивного поведения в обществе, с тем, чтобы уметь объяснить это явление предвидеть его, разрабатывать и планировать необходимые меры для его преодоления
- повышение эффективности профилактических мер

Предмет изучения:

1. общее состояние аддиктивного поведения
 - уровень
 - структура
 - динамика
 - территориальная распространенность
2. причины и условия, способствующие возникновению аддиктивного поведения
 - экономические
 - социальные
 - психологические
 - культурные
3. личность аддикта и процесс ее формирования
4. меры предупреждения и борьбы с аддиктивным поведением
5. методы изучения аддиктивного поведения

Методы: интервью, беседы, круглый стол, дискуссия, опрос.

2. Выработка стратегии. На этом этапе с учетом полученных результатов научных исследований осуществляется выработка стратегии по укреплению здоровья подрастающего поколения и обозначение основных усилий по борьбе

с табакокурением, алкоголем и наркоманией. Четко обозначается круг проблем, которые необходимо решить в самое ближайшее время. Намечаются основные направления профилактических мероприятий на региональном и республиканском уровне.

Меры по противодействию роста аддиктивного поведения среди детей:

- улучшение условий воспитания детей в семьях;
- помощь родителям в деле педагогического воспитания детей и подростков;
- улучшение условий воспитания во многих школах и других детских учреждениях;
- адекватная подготовка кадров, ведущих воспитательную работу;
- улучшение условий воспитания во внешкольных учреждениях;
- улучшение работы комиссий по делам несовершеннолетних;
- развитие общественных организаций, призванных содействовать семье, школе, детским учреждениям, культурным и другим учреждениям в воспитании детей и подростков, а также милиции, прокуратуре и суду в вопросах предупреждения аддиктивного поведения несовершеннолетних;
- улучшение работы правоохранительных органов.

Методы: конференция, дискуссия, проекты, круглый стол, Форум.

3. Реализация стратегии. На данном этапе реализуется все основные направления профилактической работы, идут непрерывные образовательные программы для работников образования и здравоохранения, осуществляется полноценное обеспечение населения информационными продуктами: методические письма, видеотека, брошюры, журналы, плакаты, методические рекомендации, книги, буклеты. Идет профессиональное решение задач третьего уровня посредством интерактивных методов обучения, социально-психологических тренингов, групповой и индивидуальной психотерапии, психологического консультирования и т.д.

Методы: интерактивное обучение, социально-психологические тренинги, консультации, психотерапия, социальная активность, лекции, информационные продукты.

В конце следует отметить, что государство в направлении профилактики аддиктивного поведения осуществляет ряд важных усилий и мер при поддержке международных и республиканских организации (открытие Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, открытие Телефонной Консультативной Службы, запуск образовательных программ для различных специалистов, создание Координационных Советов, издание информационной продукции, улучшение досуга, развитие

института семьи и т.д.). Следует отметить также немаловажную, а порой и основную роль неправительственных организации и общественных организации в осуществлении мероприятия по профилактике табакокурения, алкоголизма и наркомании. На данный момент очевидно необходимо осуществить оценку эффективности предпринимаемых усилий и развивать уже начатые программы и укреплять организации реализующие их.

ТЕЛЕФОННАЯ КОНСУЛЬТАТИВНАЯ СЛУЖБА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

О.Г.Юсупов

г. Павлодар

Распространение вредных привычек в подростковой среде в последние годы в Республике Казахстан существенно возросло. В этой связи разрабатываются и реализовываются национальные, региональные и локальные программы противодействия и минимизации распространения вредных привычек.

Мировой опыт показывает эффективность работы телефонных служб, позволяющих существенно повысить эффективность профилактических мер по распространению вредных привычек. Деятельность таких служб проясняет многие психологические и социальные проблемы детского и подросткового возраста и намечает наиболее перспективные пути их решения. Телефон доверия – одна из форм психосоциальной помощи с целью преодоления социально-психологического на благополучия и социальной дезадаптации, - это оперативный консультативный канал. Одним из основных направлений телефона доверия является решение задач экстренной психологической помощи.

В контексте этого в Республике Казахстан коалицией “Акция против курения детей и подростков” и Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании разработан и реализован проект Телефонной Консультативной Службы для детей и подростков (8-8000-8022-21) с бесплатным и круглосуточным доступом из любой точки Казахстана.

Телефон доверия при РГКП РНПЦ МСПН предоставляет квалифицированную консультативную помощь. На данный момент в службе круглосуточно работает 12 профессиональных психологов и психотерапевтов-операторов, прошедших в 2001-02 году соответствующую подготовку.

В ходе своей работы служба выполняет следующие задачи:

1. Профилактика и информирование детей и подростков об опасности, связанной с употреблением психоактивных веществ.

2. Неотложная помощь в решении жизненно важной для абонента проблемы.
3. Нацеленность на выявление и коррекцию наркозависимых установок.
4. Поиск и тренинг неопробованных абонентом способов разрешения конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обеспечивающие рост личности.

5. Предоставление существенной жизненно важной информации для формирования поведения, которое позволит подросткам ответственно относиться к своей жизни, принимать правильные, здоровые жизненные решения.

6. Информационно-консультативная помощь родителям по вопросам табакокурения, алкоголизма и наркомании.

За период с 11 февраля по 15 ноября 2002 года зарегистрировано 4.298 звонка.

Основные темы звонков поступающих в ТКС:

1. Звонки информационного характера – о специфике работе службы (организаторы, расположение, способы работы, персонал, спектр обсуждаемых вопросов, гарантии, безопасность). 102 звонка. Здесь могут быть так называемые маскированные обращения “Это вызов такси?... А куда я попал? А что у вас за телефон доверия?... А у вас действительно звонки анонимные?” - нередко за такими фразами скрываются очень серьезные психологические проблемы.

2. Звонки-шутки. Дети младшего возраста. 64 звонка. Услышав по телефону шутку, можно ответить шуткой, можно задать вопрос “Это все, что вы хотели сказать?”. В любом случае консультант готов принять и такое поведение абонента.

3. Информация по ВИЧ-инфицированным. 16 звонков. Консультация о дальнейших действиях в случаях заболевания и организации, которые оказывают помощь ВИЧ инфицированным, также меры предосторожности.

4. Суицид и депрессивные состояния. 51 звонок. Проблема потеря близких родственников, конфликты в семье, несчастная любовь, одиночество.

5. Взаимоотношения в семье. 109 звонков. Конфликты между матерью и дочерью, отцом и сыном. Способы разрешения конфликтов.

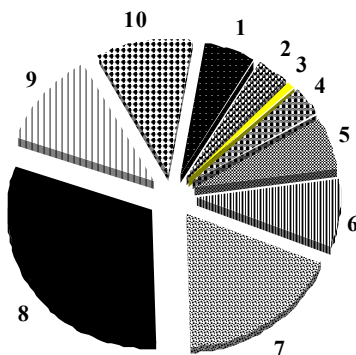
6. Межличностные отношения. 147 звонков. Взаимоотношения между друзьями, между юношей и девушкой, проблемы с завязыванием и поддержанием межличностных отношений.

7. Беременность у девочек. 5 звонков. Как быть? С кем поделиться?

8. Изнасилование. 4 звонка. Психологическая травма и депрессия.

9. Употребление каннабиса. 21 звонок. Проблема зависимости, информация о влиянии каннабиса на организм человека.

10. Токсикомания. 23 звонка. Последствия употребления.
11. Употребление насвая. 23 звонка (подростки-мальчики). Проблема зависимости и влияние на здоровье.
12. Табакокурение. 546 звонков. Проблема избавления от данной зависимости.
13. Наркомания. 254 звонка. В основном звонят родители. Информация о стратегии поведения, если в семье замечают признаки наркотизации. Где пройти лечение?
14. Алкоголь. 202 звонка. Как себя вести, если один из членов семьи злоупотребляет алкоголем? Куда обращаться за помощью?
15. Хулиганские звонки. 1010 звонков. Молчание. Магы.
16. Разное. 192 звонка. Куда пойти учиться? Как покаяться? Как сохранить здоровье? и т.д.
17. Технические звонки, брак, сбой. 1529 звонка.



Основой работы телефонной консультативной службы является консультативность взаимодействия, что определяет основные цели консультирования.

Можно выделить следующие общие цели данного взаимодействия:

- ☞ Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью
- ☞ Развивать навыки преодоления трудностей, при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами
- ☞ Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений
- ☞ Развивать умения завязывать и поддерживать межличностные отношения.

Основные этапы взаимодействия

Контакт	<i>Чувство безопасности, понимание, привлечение внимания к неосозанным или невысказанным переживаниям</i>
Диагностика	<i>Мишени: заблуждения, привязанность (зависимость), недоброжелательность, тщеславие.</i>
Принятие решения	<i>Выработка альтернатив, критическая оценка, экологическая проверка</i>

В общем, суть работы консультанта сводится к созданию условий для абонента, в которых он находит свои новые возможности в решении проблемы, которую он заявил во время взаимодействия.

Для жителей многих небольших городов, поселков, пригородов, городов – спутников единственной возможностью обсудить свои проблемы со специалистом часто является разговор по Телефону доверия. Иногда помощь специалиста по телефону предпочтительнее по причине большей анонимности телефонного контакта.

Как показал наш опыт работы на Телефоне доверия, множество людей не осознает свои проблемы как повод для обращения к специалистам, особенно, когда это касается семейных взаимоотношений и межличностных конфликтов. Обращение на Телефон Доверия привлекает людей своей доступностью (можно получить помощь в момент обращения) и облегчается тем, что часто не рассматривается как обращение к специалисту.

Описывая ситуацию, в которой находится население страны с точки зрения оказания ему психологической помощи, нельзя забывать и о третьей стороне дела.

У членов современного общества множество контактов. Более или менее глубоких связей друг с другом, и часто складывается так, что в своих взаимоотношениях с окружающими они выступают - и воспринимаются другими одной стороной своей личности. В семейных отношениях человек выступает как “родитель”, “любовник”, “преданный сын”, “кормилец”, на работе – как “сотрудник”, “шеф”, среди друзей – “заводи́ла” и т.п., но нет отношений, где была бы востребована цельность его личности. Человек естественным образом нуждается в том, чтобы ощущать себя цельным, и именно во взаимоотношениях с другим человеком, поэтому он стремится к их возникновению. Человек “болеет”, конфликтует, страдает и чувствует себя невостребованным – у него нет отношений, в которых нашла бы творческое самовыражение вся его личность. Поэтому он часто обращается на Телефон доверия в поисках собеседника, в отношениях, с которым он может найти подтверждение и выражение своей личности.

Зачастую, независимо от того, будет ли найдено решение конкретной проблемы, т.е. получит ли абонент помощь от телефонного консультанта как “специалиста”, абонент получает помощь. Ею станут сами отношения между телефонным консультантом и абонентом, в которых личность последнего будет подтверждена во всей ее полноте. На целительный эффект таких отношений нам неоднократно указывали наши абоненты.

Для современного человека может быть самой существенной помощью, какую он мог получить по Телефону доверия, будет возможность пережить встречу с другим человеком (телефонным консультантом).

Телефонное общение – особый род коммуникаций, более сущностный, наподобие эпистолярного в прошлом веке. Часто люди, жившие долгие годы под одной крышей, могли самое важное для себя скорее написать, чем сказать. Эпистолярным жанром пользовались не вместо словесного общения, а наряду с ним, когда хотели высказаться о сущности вещей или событий.

Видимо, у каждого времени свой “сущностный” жанр общения. Безусловно, для второй половины 20 в. и начала 21 в. это – телефонный контакт. В нем скрыты большие возможности для глубокого “общения душ”. Современному человеку легче вступать в подлинные отношения, будучи защищенным расстоянием и “невидимостью”. Это позволяет ему в большей степени быть самим собой и участвовать в контакте как цельная личность “здесь и теперь”.

При ежедневном общении друг с другом наше внутреннее внимание редко бывает сосредоточенным на том, что при этом происходит. Общение друг с другом чаще всего для нас проходной, “служебный” момент фон для “настоящего дела”. Мы не относимся к общению как к искусству (которому можно и нужно учиться), творчеству, хотя общаемся мы каждый день с разными людьми.

Правы ли мы? Встреча двух людей – это творческий акт для обоих. Для того чтобы встреча состоялась, человек должен прийти на нее в реальности, а не выставить для другого свою маску, свое выдуманное, иллюзорное “Я”. Иначе состоится встреча этих двух людей. Это будет встреча одной личности с представлением другой о себе.

Если человек не “вышел из себя” при встрече с другим, остался “закрытым”, глухим, “непроницаемым” для слов, мыслей, чувств, действий другого, то, сколь бы долго они не беседовали, не прибывали вместе, это только видимость диалога. На самом деле звучит монолог, и человек, оставшись, сам в себе, обращает свою речь к продукту своего “Я” – своему представлению о другом или к проекции своего “Я” вовне. Это – разговор с самим собой, другой участвует в нем только как повод.

Итак, в реальности и с другим – вот условия, необходимые, чтобы встреча состоялась.

Если нам удастся относиться к диалогу как к творческому акту, мы становимся ухом, проводником, проволокой, по которой откуда - то еще в диалог проникает новое, то “не-я” и “не – собеседник”, что может изменить и меня, и собеседника. Со мной может, что - то случиться, чего я не планирую, чего я не знаю. Я становлюсь, открыт для изменений, подтвержен им.

Для многих людей это страшно, и они стараются вести диалоги таким образом, чтобы избежать подлинности. Но того, кто на это решится, ждет свобода и радость.

Общение – та область человеческой жизни, творчество в которой доступно каждому. Талант души и труд души – все, что необходимо, а они кладутся как дары в колыбель каждого.

Если все необходимое есть у человека и само творчество так доступно и радостно, то, что мешает ему вступать в подлинные диалоги? Почему они так редки или вообще отсутствуют в жизни многих наших собеседников по Телефону доверия?

Подлинный диалог возникает между глубинными “Я” двух людей, пережитыми в полноте. Открыть другому свое подлинное “Я” – значит рискнуть. Делая такой шаг, человек не гарантирован от “облома”. Он не имеет гарантий, что, открыв другому всего себя (подчеркнем: не только профессиональную сторону своей личности), свое сущностное “Я”, он будет им принят. Человек рассчитывает на принятие, но всегда рискует “обломиться”.

Как правило, в разговоре абонент не решается на такой шаг первым именно из – за риска “обломиться”, и этот шаг делает телефонный консультант. Почти всегда абонент отвечает на него встречным раскрытием своей личности в диалоге, подтверждая личность консультанта, и получает такое же подтверждение своей личности от собеседника.

Подлинный диалог дает возможность абоненту восстановить целостность своей личности и получить опыт подлинной близости. Именно возможность выступать в отношениях как целостная личность и как таковая переживать близость приносит абоненту “исцеление”. Известно, что достижение человеком состояния близости Э. Берн, например, считал высшим результатом, которого может достичь психотерапевт.

Опыт работы ТКС для детей и подростков показывает, что использование данного вида службы в профилактической работе чрезвычайно перспективно расширяет круг оказываемой помощи подрастающему поколению, дает ряд новых диагностических и консультативных возможностей. Таким образом, деятельность ТКС для детей и подростков проясняет основной круг проблем подросткового возраста и позволяет наметить приоритетные направления в работе с данной возрастной группой.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ж.Ш. Аманова, Г.И. Алтынбекова,
О.Г. Юсопов, А.Н. Рамм

г. Павлодар

Введение

В условиях образовательных учреждений очень важно выявление педагогами, психологами, социальными педагогами, а также классными руководителями среди учащихся лиц, употребляющих наркотические средства и другие психоактивные вещества (ПАВ). Целенаправленное обнаружение потребителей невозможно без специальных знаний. В данном методическом пособии собраны определенные методики обнаружения потребителей наркотических средств и ПАВ в среде учащихся и студентов.

В связи с отсутствием четкой нормативно-правовой регламентации порядка действий педагогам трудно выбрать правильную линию поведения с лицами, вызывающими подозрение в отношении возможного приема наркотических или токсикоманических средств. Здесь необходимо достоверно знать признаки немедицинского потребления различных ПАВ, общие характеристики клинических синдромов потребителей ПАВ.

Речь здесь идет только о немедицинском потреблении этих веществ, т.е. об их приеме без назначения врача с целью вызывания у себя особых состояний (опьянения, одурманивания). Регулярный и даже эпизодический прием наркотиков и других ПАВ, вызывающих развитие зависимости от них, существенным образом воздействует на состояние нервной системы и других систем организма, а также на обменные и другие физиологические процессы в нем. Поэтому своевременное, т.е. как можно более раннее, выявление такого приема исключительно важно для педагогов.

Необходимо учитывать, что признание любого человека потребителем наркотиков (даже на бытовом уровне) вызывает широкое общественное негативное отношение к нему. Более того, оно может привести к серьезной социальной стигматизации такого лица - вплоть до требований введения ограничений его гражданских прав и обязанностей, попадания его в поле зрения правоохранительных органов с возбуждением дел по поводу уголовных правонарушений и т.д. Поэтому в такой ситуации педагог, с учетом необходимости строгого соблюдения прав учащего как гражданина, может реально действовать только в рамках закона, проводя с ним активную работу по созданию у него мотивации на обращение за консультативной или лечебной помощью к специалисту - врачу психиатру-наркологу.

Описание метода

Содержание методических указаний обосновывается следующими основными методами: аналитическим, клинико-психопатологическим, медицинским обследованием учащихся и студентов, организационно-функциональным. Новизна работы заключается в том, что впервые преподавателям учебных заведений представлены в сжатой, но достаточной форме поведенческие признаки немедицинского потребления всех наиболее актуальных для современной наркологии групп ПАВ - с выделением “базовых” состояний — *острой интоксикации, хронической интоксикации, абстинентного синдрома*.

Актуальность материалов аргументируется остротой реальной ситуации с ростом распространенности случаев потребления ПАВ среди учащихся и студентов. Знание клинических признаков основных наркологических синдромов позволит педагогам, классным руководителям, социальным работникам активно выявлять их, дифференцировать по группе (классу, виду) ПАВ, получать информацию, достаточную для постановки вопроса о неотложной необходимости консультации с психиатрами-наркологами.

I. Общие представления о немедицинском потреблении наркотических средств и других психоактивных веществ

Предметом злоупотребления являются психоактивные вещества различного происхождения (извлекаемые из растений, содержащиеся в медицинских (фармакологических, лекарственных) препаратах, в средствах бытовой и промышленной химии) особое специфическое действие которых на нервную систему, мозг, психику, организм в целом (опьяняющее, эйфоризирующее, стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.п.) обуславливает их немедицинское потребление. Однократный прием ПАВ может приводить к развитию состояний *острой интоксикации*, а регулярное потребление - к закреплению последствий и проявлений *хронической интоксикации*. В процессе потребления ПАВ может формироваться болезненная зависимость от их приема. Зависимость, возникающая вследствие злоупотребления ПАВ, официально отнесенная к наркотическим средствам, определяется как *наркомания*, не отнесенная - как *токсикомания*. Зависимость проявляется следующими основными признаками: *психической зависимостью, физической зависимостью, измененной толерантностью*.

Психическая зависимость — это сформированное патологическое влечение, т.е. выраженное, неудержимое, трудноодолимое стремление, “тяга” к приему ПАВ с целью изменения своего состояния. Она обычно сочетается со снижением или утратой способности контролировать такой прием (его начало, продолжение, дозу препарата и т.д.).

Физическая зависимость — это возникающая в результате регулярного приема ПАВ функциональная перестройка всей жизнедеятельности организма человека, которая приводит к развитию различных физических и психических нарушений при прекращении приема привычного ПАВ или блокады его действия специфическими антагонистами (препаратами, блокирующими соответствующие рецепторы). Совокупность этих нарушений обозначается как “*синдром отмены*” или *абстинентный синдром* (“ломка”); он облегчается или купируется новым введением данного или сходного по действию ПАВ.

Толерантность — это переносимость (чувствительность) организма по отношению к эффектам ПАВ, которая меняется в процессе адаптации к систематическому его приему: она постепенно повышается с началом формирования зависимости, достигает максимума и удерживается в виде “плато” на высоте болезни, а затем падает на ее конечной стадии, на фоне грубых соматоневрологических расстройств в рамках хронической интоксикации.

Группы (классы) ПАВ:

1) *препараты опия* (опиоиды) - как медицинские (морфин, кодеин, омнопон, промедол, метадон и др.), так и синтезируемые нелегально (героин), а также самодельно приготавливаемые из опия-сырца или маковой соломки;

2) *препараты конопли* (каннабиноиды) - гашиш, анаша, марихуана и др.;

3) *психостимуляторы* - амфетамин (фенамин); сиднокарб; самодельные препараты из эфедрина или его производных - “эфедрон”, “первитин” (“винт”); “дискотечные” стимуляторы - “экстази”, “фэнтази” и др.; кокаин;

4) *седативные и снотворные средства различного происхождения* - барбитураты, бензодиазепины, оксипутират натрия и т.д.;

5) *галлюциногены* (фенциклидин, кетамин, ЛСД, псилоцибин, мескалин и т.п.);

6) *некоторые лекарственные препараты с холинолитическим действием* (антипаркинсонические, антиаллергические средства - циклодол, димедрол, пипольфен и другие);

7) *летучие органические вещества*, содержащиеся в средствах бытовой и промышленной химии (бензин, бензол, толуол и т.п.), пары которых обычно вдыхаются.

II. Признаки немедицинского потребления различных ПАВ

Общая характеристика основных клинических синдромов, развивающихся при потреблении ПАВ

Немедицинское потребление ПАВ может проявляться в виде различных синдромов - совокупностей психопатологических и соматоневрологических расстройств - состояний острой или хронической интоксикации, абстинент-

ного синдрома и синдрома поведенческих расстройств, возникающих вследствие систематического приема ПАВ.

Острая интоксикация (ОИ) — это остро развивающееся преходящее состояние, обусловленное непосредственным воздействием ПАВ на организм. Данный синдром включает в себя проявления, отражающие нарушения функций практически всех органов систем организма, но, прежде всего, центральной нервной системы (ЦНС). ОИ характеризуется следующими общими признаками: расстройствами сознания, когнитивных (познавательных, мыслительных) процессов, восприятия, эмоциональной сферы, поведения, вегетативных и других психофизиологических функций и реакций.

Характер и тяжесть ОИ зависят, прежде всего, от конкретного типа (вида) ПАВ, его дозы, способа введения, индивидуального уровня толерантности, а также от наличия у больного (потребителя) органической патологии (ЦНС, печени, почек). Внешние клинические признаки ОИ более выражены у начинающих потребителей - на фоне низкой толерантности, а также у больных наркотоксикоманией - при существенной передозировке.

У высокотолерантных больных состояние привычной ОИ не имеет явных внешних поведенческих признаков (исключение составляют потребители таких ПАВ, интоксикация которыми сопровождается явными психическими расстройствами - галлюциногенов, холинолитиков, летучих органических веществ и др.). В таких случаях возможное употребление ПАВ можно заподозрить по косвенным признакам: это внешний вид - либо ультрамодный, типичный для молодежной среды, либонеряшливый, запущенный; следы от инъекций по ходу поверхностных вен, изменения вен (их склерозирование, прокрашивание, следы от нагноительных процессов); следы от инъекций в необычных местах (плечи, передняя поверхность бедер и т.д.); признаки хронической интоксикации (дефицит веса, бледно-серые кожные покровы, тусклые и ломкие волосы, ногти в виде “часовых стекол”, “запавшие” глаза, гнойничковая сыпь на коже лица, спины и т.д.); употребление наркоманического сленга; резкий химический запах ПАВ или ингредиентов, используемых для его приготовления, от одежды, в соответствующем помещении. Кроме перечисленных неспецифических признаков ОИ различными ПАВ, имеются *признаки* специфические, характерные для состояний ОИ веществами с определенной химической структурой.

Хроническая интоксикация (ХИ) различными ПАВ приводит к разнообразным существенным изменениям в психическом и соматическом статусе больных:

соматоневрологические нарушения в рамках ХИ в общем виде сводятся к проявлениям энцефалопатии, полиневропатии, поражений печени, серд-

ца, почек, желудочно-кишечного тракта, вегетативных и сосудистых расстройств, нередко к патологии центральных и периферических двигательных структур, рефлекторной сферы;

нарушения в эмоциональной сфере при ХИ характеризуются перепадами настроения, депрессивными или апатическими состояниями, подавленным настроением с оттенком злобы, угрюмости, состояниями с повышенной возбудимостью, раздражительностью, агрессивностью, немотивированными перепадами настроения и т.д;

интеллектуально-мнестические расстройства, обусловленные ХИ, развиваются в зависимости от вида ПАВ, его непосредственного токсического воздействия на мозг, его отдельные структуры и могут проявляться с различной тяжестью, частотой, темпом формирования;

поведенческие расстройства, возникающие в процессе становления и закрепления зависимости от ПАВ, обуславливаются проявлениями патологического влечения к ПАВ, выдвиганием употребления того или иного ПАВ на доминирующее место в системе ценностей индивидуума - с активным поисковым поведением в отношении ПАВ и с одновременным уменьшением или подавлением ценностной значимости других альтернативных интересов, потребностей и т.д. Они также напрямую зависят от степени выраженности обусловленных ХИ эмоциональных нарушений и поражения когнитивной (познавательной, мыслительной) сферы и могут выступать в виде огрубления поведения в целом, душевного очерствения, утраты эмоциональной тонкости, адекватности в контактах, ухода от семейных обязанностей, снижения интереса к учебе или отказа от нее, от другой требующей усилий деятельности, потери интереса к своему внешнему виду и т.д.

Абстинентный синдром (АС) — это совокупность симптомов (в различных сочетаниях и разной степени тяжести), возникающих при полном прекращении (отмене) приема ПАВ или снижении его дозы на фоне длительного его потребления (ХИ) обычно в высоких дозах, а также при блокаде действия ПАВ специфическими антагонистами (препаратами, блокирующими соответствующие рецепторы). Начало развития и клиническое течение АС ограничены во времени и соответствуют типу (виду) ПАВ и его дозе, непосредственно предшествовавшей воздержанию. Клиническая картина АС при той или иной форме ХИ, т.е. нарко- или токсикомании, спектр физических и психических расстройств в его структуре зависят от специфики действия конкретного ПАВ. В клинике АС так или иначе проявляется патологическое влечение к ПАВ с его эмоциональным и поведенческим компонентами. Обычно клинические проявления АС “полярны” типичным проявлениям ОИ данным ПАВ.

III. Признаки немедицинского потребления отдельных групп (классов, видов) ПАВ

Для обеспечения своевременного выявления врачами общемедицинской практики, преподавателями средних и высших учебных заведений случаев немедицинского потребления учащимися и студентами всех основных отдельных видов ПАВ представляется целесообразным последовательное изложение данных об основных признаках вызываемых конкретным видом ПАВ состояний острой и хронической интоксикации, а также о типичных проявлениях специфической для данного ПАВ картины абстинентного синдрома.

1. Опииоды

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Наиболее типичные внешние признаки ОИ опиоидами: вначале покраснение, а затем бледность кожных покровов (иногда с желтоватым или зеленоватым оттенком); резкое сужение зрачков (миоз) с вялой или даже отсутствующей реакцией на свет (за исключением случаев очень тяжелой передозировки, когда на фоне остановки дыхания наблюдается их расширение - мидриаз); сухость кожи и слизистых, сниженное слюноотделение; зуд кожи лица, особенно кончика носа, и верхней половины тела (типичен для “начинающих” наркоманов); понижение АД (артериальное давление); урежение пульса; язык розовый, с беловатым налетом; сниженная моторика кишечника с запорами; повышение сухожильных рефлексов.

Настроение повышенное, благодушное; или оживление, активация вплоть до расторможенности - или, напротив, седация, психомоторная заторможенность, вялость, сонливость. Выступают нарушения внимания, суждений, критики, памяти. Речь достаточно четкая, двигательные расстройства не выражены.

С углублением ОИ речь замедляется, становится смазанной; развивается синюшность кожных покровов; сознание помрачается и утрачивается; артериальное давление продолжает падать; наблюдаются сниженная температура тела, угнетается дыхание; рефлексы ослабляются и исчезают. Развивается патологический сон, когда словесный контакт невозможен, пациент реагирует только на сильные раздражители, а затем – кома (состояние глубокого нарушения сознания, характеризующееся угнетением функции ЦНС, нарушением регуляции жизненно важных центров головного мозга, отсутствием реакции на внешние раздражители, рефлексов, чувствительности, активных движений); возможна смерть от паралича дыхательного центра.

Синдром отмены опиоидов

Наблюдается: насморк, чихание; обильное слюно- и слезотечение; озноб “гусиной кожей”; зевота. Лицо бледно-землистое, измученное, заострившее-

ся; глаза запавшие, вокруг них - темные круги; расширение зрачка; потливость. Напряжение мышц, боли и судороги в мышцах (особенно жевательных), мышцах рук, ног, спины, в крупных суставах, обычно интенсивные - ломящие, тянущие, выкручивающие, обуславливающие неусидчивость, суетливость; иногда — зубная боль; спазмы в животе, тошнота, рвота. Учащённое сердцебиение; дыхание учащено; АД (артериальное давление), температура подчас повышена. Отмечается жидкий стул, усиление мочевыделения; аппетит отсутствует. Настроение подавленное, с оттенком угрюмости и злобы; повышенная тревожность, раздражительность; чувство общей разбитости; мучительная бессонница. Поведение крайне непоследовательное, непредсказуемое.

Хроническая интоксикация опиоидами

Проявляется, прежде всего, нарастающими изменениями в облике больных. Они выглядят обычно старше своих лет - из-за истощения, бледной (иногда с желтоватым оттенком), мелкоморщинистой, сухой кожи, тусклых, ломких, редеющих волос, теряющих эмаль, разрушающихся зубов, расслаивающихся ногтей. Типичны поражения в области вен, следы прошлых абсцессов. Расстройства в сфере интеллекта, памяти носят неспецифический характер, как и поведенческие сдвиги.

2. Каннабиноиды (препараты конопли)

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов

Внешние признаки ОИ: покраснение (реже - бледность) лица; краснота белков глаз; блеск глаз; расширение зрачков, нередко — различный размер зрачков; отечность век и сосочков языка; сухость языка, слизистых ротовой полости. Наблюдается учащённое сердцебиение, дыхание, повышение артериального давления, иногда — повышение температуры; нарушения координации, походки, тремор рук и всего тела; смазанность речи; усиленное чувство голода, жажды. Психическое состояние характеризуется крайней изменчивостью: неадекватная веселость, расторможенность могут сменяться вялостью, отрешенностью или тревожно-напряженным состоянием с элементами агитации (возбуждение, двигательное беспокойство), параноидной настроенностью и даже злобностью, агрессией. При высоких дозах - спутанность сознания, разнообразные иллюзии, психотические явления с галлюцинациями, грубо неадекватным поведением.

Синдром отмены каннабиноидов

Очерчен недостаточно четко, развивается на фоне продолжительного употребления препаратов конопли в высоких дозах. Могут наблюдаться вялость, апатия (отсутствие эмоциональных проявлений, безразличие к себе и близким), быстрая утомляемость, снижение настроения, раздражительность, час-

то крайне неустойчивое настроение; расстройства сна; вегетативные нарушения (“игра вазомоторов”); тремор (дрожание пальцев рук), мышечные боли. Иногда наблюдаются состояния, когда пациент ощущает нереальность окружающей обстановки, или нарушение самосознания, отчуждение, изменение своей личности.

Хроническая интоксикация каннабиноидами

Систематический многолетний прием препаратов конопли приводит к медленно нарастающим нарушениям познавательных функций, к общей и, особенно, психической утомляемости, к постепенной утрате интересов, снижению способности к волевым действиям, систематическому труду (“амотивационный синдром”), к личностному огрублению. Подчас наблюдаются нарушения питания, истощение, раннее постарение, сердечная, печеночная, почечная недостаточность, поражение сетчатки глаз.

3. Психостимуляторы

Острая интоксикация, вызванная употреблением психостимуляторов

Типичные признаки ОИ: расширение зрачков, снижение реакций зрачков на свет; блеск глаз; дрожание глазных яблок при крайнем их отведении; повышение артериального давления, учащённое сердцебиение (иногда – с нарушением ритма); повышенная потливость; озноб; оживление сухожильных рефлексов; сухость рта, слизистых (частое облизывание губ); нередко - тошнота или рвота; судорожные подергивания и сокращения мышц; тремор; боли в груди. Наблюдаются возбуждение, болтливость, быстрые, порывистые, подчас стереотипные движения, избыточная “энергичность”, суетливость, “сверхактивность”, повышенный фон настроения с переоценкой себя, своих возможностей, некритичностью. Длительное бодрствование, отсутствие аппетита, гиперсексуальность. Подчас - гневливость, тревожность, подозрительность, агрессивность. Возможны зрительные или тактильные иллюзии (искаженное восприятие реально существующих предметов, явлений, ощущений), галлюцинации с сохранностью ориентировки, страхи, “панические атаки”, острый приступ бреда “преследования”.

Синдром отмены психостимуляторов

Развиваются общая слабость, вялость, разбитость, выраженная подавленность, тоска, нередко с мыслями о самоубийстве (или ощущение “бесчувствия”), сильная раздражительность, дисфоричность, вплоть до злобности; дневная сонливость, сменяющаяся ночной бессонницей. Аппетит повышен. Наблюдаются падение АД, головные боли и боли в теле, суставах, резко повышенная потливость; нарушения статики, моторики, координации, рефлекторной сферы.

Хроническая интоксикация психостимуляторами

Приводит к общему истощению, повышенной утомляемости, снижению давления, тонуса мышц. Отмечаются западение глаз, цианоз губ; бледность (с сероватым оттенком) кожи, множественные пигментные пятна (в том числе - по ходу вен), гнойничковые поражения вплоть до флегмон. Язык покрывается трещинками, обнажаются его сосочки. Наблюдаются дрожание пальцев рук, век, подергивания отдельных групп мышц, особенно языка, стойкая тахикардия (учащенное сердцебиение). Выступают проявления поражения почек с типичными болями и отеками, осложнено протекающие желудочно-кишечные заболевания и заболевания дыхательных путей, поражение сердечной мышцы. Одновременно нарастают изменения личности по астеническому или возбудимому типу с преобладанием истощаемости, раздражительности, угрюмости, злобы. Утрачивается внимание к себе, своему внешнему виду, опрятности.

4. Кокаин

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

Признаки ОИ кокаином: блестящие глаза с расширенными зрачками; лицо (иногда) покрасневшее, с бледными крыльями и кончиком носа; “раздраженная” слизистая носа (при вдыхании порошка). Изменения в сомато-неврологическом статусе, эмоционально-аффективной и когнитивной (познавательной, мыслительной) сфере, поведении практически аналогичны наблюдающимся при ОИ различными психостимуляторами. При передозировке кокаина - сильные носовые кровотечения, обмороки, судорожные припадки, острые эпизоды психических расстройств (галлюцинаций, бреда).

Синдром отмены кокаина

Клиническая симптоматика близка к картине абстинентного состояния, развивающегося при употреблении психостимуляторов; ее выраженность в большинстве случаев невелика. Возможно развитие острого психоза, обычно с обильными тактильными, зрительными и другими галлюцинациями.

Хроническая интоксикация кокаином

Ее проявления похожи на последствия систематического употребления других стимуляторов. Выражаются в обеднении психической сферы, нарастании утомляемости и безразличности, в затяжных тревожно-депрессивных состояниях с преобладанием злобности, раздражительности. Выступают нарушения нервной системы; у “нюхальщиков” наблюдается изъязвление носовой перегородки. Типичны мозжечковые расстройства – нарушение координации движений. Возможно развитие хронических психозов - галлюцинозов, галлюцинаторно-параноидных состояний. Поражаются сердечно-сосудистая, пищеварительная и другие системы организма.

5. Гипно-седативные средства

Острая интоксикация, вызванная употреблением гипно-седативных средств

Внешние признаки ОИ седативными средствами: бледная кожа (с отечностью, сальным налетом - барбитураты); синюшность пальцев, носа; зрачки вяло реагируют на свет; дрожание глазных яблок в крайних отведениях, нарушения схождения глаз и фокусировки зрения, двоение; снижение артериального давления и мышечного тонуса, учащённое сердцебиение, снижение температуры тела, поверхностное, частое дыхание. Снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, нарушения статики, походки, координации движений, дизартрия (нарушение речи, ее артикуляции, затруднения в произношении, прерывистость речи). Бедная мимика, обвисшие губы и веки. Замедленность психических процессов, рассеянное внимание, неадекватность суждений. Аффективный фон (преобладающее настроение, определяющее характер протекания некоторых психических процессов) лабилен - от веселости, повышенной активности до вялости, подавленности или гневливости. Глубокая ОИ - помрачение сознания вплоть до потери сознания и комы (состояние глубокого нарушения сознания, характеризующееся угнетением функции ЦНС, нарушением регуляции жизненно важных центров в головном мозгу, отсутствием реакции на внешние раздражители, рефлексов, чувствительности, активных движений).

Синдром отмены гипно-седативных средств

Картина абстинентного состояния при употреблении гипнотиков или седатиков включает в себя: тремор вытянутых рук, век, языка; выраженное дрожание глазных яблок; подергивания отдельных групп мышц; учащение сердцебиения; потливость, озноб; снижение давления; головные боли; общую слабость и разбитость; иногда - большие судорожные припадки, боли в животе и крупных суставах. Наблюдается психомоторное возбуждение, бессонница, тревожность, депрессивность, пониженное настроение со злобой, гневливостью, агрессивностью. Возможны расстройства психики в виде галлюцинаций, бреда; эпизодические зрительные, тактильные, слуховые иллюзии (искаженное восприятие реально существующих предметов, явлений, звуков) и галлюцинации; подчас - подозрительность, расстройства сознания с галлюцинациями и нарушением ориентировки.

Хроническая интоксикация снотворными и седативными средствами

Систематический прием гипнотиков по медицинским показаниям может привести к привыканию, что проявляется ростом толерантности. Прием их не только на ночь, но и днем - для обеспечения психофизического комфорта, вызывания эйфории - позволяет говорить о формировании зависимости. В

других случаях потребление препаратов с самого начала лежит в русле развития токсикомании.

Особенно тяжелы последствия ХИ у *барбитуроманов*. Наблюдаются специфические изменения личности по эпилептоидному типу - с вязкостью, тугоподвижностью мышления, ригидностью форм поведения, эгоцентричностью, злобностью, склонностью к сниженному настроению с элементами злобности, раздражительности, гневливости. Выступают интеллектуально-мнестические нарушения. Больные, злоупотребляющие *бензодиазепинами*, астенизированы (слабость, повышенная утомляемость), эмоционально лабильны (от благодушия до раздражительности, злобности), ипохондричны (необоснованное беспокойство по поводу мнимого, неизлечимого, тяжелого заболевания); они истощаемы, отвлекаемы, рассеянны, испытывают затруднения при формулировке суждений, запоминании.

Для этой группы потребителей ПАВ характерны психоорганические и неврологические расстройства (множественные поражения нервов, нарушения координации движений, элементы нарушения речи, скудность мимики). Нарушено питание кожи и внутренних органов; наблюдаются кожные высыпания, изъязвления, петехии (“грязная кожа” у барбитуроманов), поражения волос (тусклость, “мертвость”), явления малокровия (снижение уровня гемоглобина в крови). Часты расстройства стула, стойкое снижение тонуса гладких мышц, в т.ч. кишечника.

6. Галлюциногены

Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

Галлюциногены (психоделические, психотомиметические вещества), обладая симпатомиметическим действием, вызывают расширение зрачков, дрожание рук, учащённое сердцебиение, повышение артериального давления, повышенную потливость. Нарушается координация движений, возникают повышенные рефлексы, высокий тонус мышц, спазмы челюстей. Снижается острота зрения, возможна светобоязнь, разный размер зрачков, ритмическое сокращение и расширение зрачков.

Психическое состояние претерпевает изменения соответственно конкретному виду ПАВ. Так, прием *ЛСД* вызывает возбуждение, “гиперактивность”, глубокие нарушения восприятия, внимания, мышления, переживания нереальности окружающего, отчуждения собственной личности, “расщепления” своего “Я”. Зрительные галлюцинации изменчивы, могут носить геометрический характер, быть устрашающими, что сочетается с тревожностью, страхами, параноидной настроенностью, агрессивностью, другими формами неадекватного, в том числе импульсивного поведения. Наблюдаются также тактильные, слуховые галлюцинации.

ОИ кетамином проявляется спутанным сознанием; при этом краткий эпизод психомоторного возбуждения сменяется состоянием малоподвижности, отрешенности - с медленными, стереотипными движениями, застывшим взглядом, амимичным (нарушение мимики) лицом, неразборчивой, смазанной речью. **ОИ псилоцибином или мескалином** характеризуется яркими, калейдоскопическими зрительными галлюцинациями, расстройствами схемы тела, чувством “раздвоения личности”. Возможны тошнота, рвота. Прием **фенциклидина** провоцирует психоз с помрачением сознания, галлюцинозом, нередко - параноидным бредом, быстрыми и резкими “перепадами” аффекта (кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное); иногда наблюдается типичный маниакальный (психомоторное возбуждение) статус.

Синдром отмены галлюциногенов

Критерии для выделения этого синдрома у потребителей галлюциногенов не определены. Состояние постинтоксикации **ЛСД** проявляется депрессивными расстройствами; возможны рецидивы психических расстройств с галлюцинозом и бредом преследования. При “обрыве” приема **фенциклидина или кетамина** развивается астения с депрессивной окраской, раздражительностью, сонливостью, дрожанием рук, подергиваниями мышц лица, чувством “мурашек” под кожей.

Хроническая интоксикация галлюциногенами

Употребление галлюциногенов обычно носит эпизодический характер. Повторный прием ЛСД увеличивает вероятность развития психозов с преобладанием бредовой и галлюцинаторной симптоматики. Систематическое потребление **фенциклидина** может приводить к выраженным интеллектуально-мнестическим и неврологическим нарушениям, формированию органического психосиндрома. Астено-депрессивные расстройства, органические нарушения характерны для лиц, применяющих **кетамин**.

7. Лекарственные препараты с холинолитическим действием (антипаркинсонические, антиаллергические средства - циклодол, димедрол, пипольфен и др.)

Острая интоксикация вследствие потребления препаратов с холинолитическим действием

Препараты, обладающие холинолитическим действием, употребляются с немедицинскими целями обычно подростками. Состояние ОИ при этом близко к вызываемому галлюциногенами и характеризуется выраженным расширением зрачков, бледностью и сухостью кожи и слизистых, дрожание глазных яблок в крайних отведениях, нарушениями аккомодации и конвергенции (нарушения схождения глаз и фокусировки зрения), а также координации движе-

ний, тахикардией (учащенное сердцебиение), колебаниями АД. Наблюдаются немотивированная веселость, суженное сознание, застывания в мечтательной позе, ускоренность речи. Типичны расстройства восприятия: чувство нереальности происходящего, отчуждения, нарушения восприятия собственной личности, нарушения схемы тела, разнообразные иллюзии (симптом “пропавшей сигареты”), сценopodobные галлюцинации. От их характера и интенсивности зависят “перепады” аффекта (бурно протекающее кратковременное чувство, положительно или отрицательно окрашенное) - от веселья к страху и агрессии. Углубление вышеуказанных психических расстройств формирует картину острого нарушения сознания с ощущением нереальности происходящего и страхом и преобладанием идей преследования, галлюцинаторно-бредовых состояний.

Синдром отмены препаратов с холинолитическим действием

В структуре абстинентных состояний доминируют психопатологические расстройства - эмоциональная лабильность, чувство внутреннего дискомфорта, подавленность, тревожность, сниженное настроение с оттенком злобы, угрюмости. Наблюдается физическая слабость, утомляемость, разбитость, вялость. Характерны мышечные нарушения: общий высокий тонус, дрожь во всех группах мышц, произвольные движения, судорожные сокращения отдельных мышц; боли в мышцах спины, суставов сменяются мышечной слабостью, снижением тонуса, отсутствием мимики лица. Соматовегетативные расстройства представлены повышенной потливостью, зевотой, учащенным сердцебиением, расстройством деятельности желудка, кишечника.

Хроническая интоксикация препаратами с холинолитическим действием

Здесь речь идет обычно об антипаркинсонических препаратах (циклодол и т.п.), регулярный прием которых приводит к формированию токсикомании. На первый план выступают вегетативные и неврологические расстройства: порозовение щек на фоне бледной кожи лица; яркая, алая окраска губ; дрожь пальцев рук; повышение мышечного тонуса с подергиваниями отдельных мышц, скованностью статических поз и походки. Выявляются нарастающие нарушения внимания, памяти, замедление мышления, интеллектуальное снижение. Наблюдаются аффективные колебания - от повышенного настроения до депрессии с отчетливым угрюмо-раздражительным оттенком.

8. Летучие органические вещества (ЛОВ)

Острая интоксикация вследствие потребления ЛОВ

Дети и подростки с целью одурманивания прибегают к вдыханию паров ЛОВ, входящих в состав различных средств бытовой и промышленной химии. Признаки ОИ ЛОВ таковы: “химический” запах; покраснение лица, слизистых рта, носоглотки, гортани, склер и конъюнктивы; блеск глаз, расширение зрач-

ков, слезотечение; частое затрудненное дыхание, учащённое сердцебиение. Смазанная речь, дрожание рук, нарушение координации движений; дрожание глазных яблок, головокружения, головная боль, нередко - тошнота. Наблюдаются нарушения сознания, глубина которых зависит от тяжести ОИ; измененный аффективный фон (преобладающее настроение, определяющее характер протекания некоторых психических процессов) - от благодушия до злобного или тревожного возбуждения. Типичны иллюзии (искаженное восприятие реально существующих предметов, явлений), “управляемые” яркие зрительные галлюцинации (“глюки”, “мультики”), другие расстройства восприятия, иногда приводящие к непредсказуемым поступкам.

Синдром отмены ЛОБ

Наблюдается редко, так как физическая зависимость от ЛОБ не успевает сформироваться в связи с переходом больных к приему других токсикоманических или наркотических средств. Проявляется выраженными астеническими расстройствами, сильной раздражительностью, подавленностью, сниженным настроением с оттенком угрюмости, злобы, интенсивным влечением к повторному одурманиванию.

Хроническая интоксикация ЛОБ

Регулярное одурманивание ЛОБ приводит к нарастающей утомляемости, истощаемости, прогрессирующим интеллектуально-мнестическим расстройствам вплоть до слабоумия, падению энергетического потенциала, развитию токсического поражения паренхиматозных органов (почки, печень), сердечно-сосудистой и дыхательной систем, крови, ЛОР-органов, центрального и периферического отделов нервной системы, скелетных мышц. Наблюдаются исхудание, бледность лица, “синяки” под глазами, умеренно выраженная неврологическая симптоматика (без грубых неврологических расстройств), эмоциональное огрубление.

IV. Выявление “группы риска”

Увы, широкая доступность наркотиков стала реальностью нашей жизни. Без особого труда наркотики можно найти на молодежных вечеринках, школьных дискотеках, в местах молодежных “тусовок”. Даже в престижных школах наркотики часто продают на переменах сами же ученики.

Сегодня от риска употребления наркотиков не застрахован никто, даже семьи, считающиеся по традиционным меркам благополучными. Поэтому чрезвычайно важно не “проспать” период начала употребления подростком наркотиков. Можно выделить некоторые признаки, появление которых должно стать поводом для более внимательного отношения к подростку и его проблемам:

- исчезновение денег или ценностей из дома;
- увеличение требуемой подростком суммы денег на карманные расходы;
- необычные, неизвестные вам и ранее не встречавшиеся порошки, капсулы, таблетки;
- смятая фольга, иглы или шприцы;
- неожиданные перемены настроения от активности к пассивности, от радости к унынию, от оживленного состояния к вялому и инертному;
- необычные реакции, например, раздражение, агрессивность, вспыльчивость или чрезмерная раскованность и болтливость;
- потеря аппетита, снижение веса;
- потеря интереса к вещам, которые раньше были для подростка важными: к хобби, к учебе, к спорту, к друзьям;
- резкое изменение круга друзей;
- немотивированность и нехарактерные приступы сонливости;
- необычные пятна, запахи или следы на теле и одежде подростка;
- появление скрытности в поведении;
- лживость, отказ сообщать о своем местонахождении;
- невнятная речь;
- прогуливание занятий или неожиданное и как бы беспричинное снижение успеваемости в школе.

Нужно отметить, что многие из перечисленных здесь признаков употребления наркотиков совпадают с типичными особенностями подросткового поведения. Поэтому, не делая слишком поспешных выводов, все-таки нужно попытаться продумать профилактические мероприятия с подростком.

Предлагаем скрининг-опросник, который должен быть дополнен диагностической беседой и наблюдением. Скрининговое обследование позволит учителям и воспитателям составить объективно-вероятностную картину predisposedности подростка к употреблению наркотических веществ.

Выясняя поочередно наличие или отсутствие каждого отдельного психологического фактора, predisposedности, и затем, суммируя полученные результаты, вы получите количественную характеристику исследуемого явления и, таким образом, определите группу риска изучаемого подростка. После этого гораздо легче наметить основные направления профилактической работы.

Скрининг-опросник

1. Проявляет ли подросток низкую устойчивость к психическим перегрузкам и стрессам.
2. Проявляет ли часто неуверенность в себе и имеет ли низкую самооценку.
3. Испытывает ли трудности в общении со сверстниками на улице.

4. Тревожен ли, напряжен ли в общении, в школе или училище.

5. Стремится ли к получению новых ощущений, удовольствия, причем как можно быстрее и любым путем.

6. Зависит ли избыточно от своих друзей, легко ли подчиняется мнению знакомых, не критичен, готов ли подражать образу жизни приятелей.

7. Имеет ли отклонения в поведении, вызванные травмами мозга, инфекциями, либо врожденными заболеваниями, в том числе связанными с мозговой патологией.

8. Свойственна ли ему непереносимость конфликтов, стремление уйти в иллюзорный мир благополучия.

9. Отягощена ли наследственность – заболевания отца или матери наркоманией или алкоголизмом.

За каждый положительный ответ на вопросы 1, 2, 3, 4, начислите по пять баллов. За ответ “да” на любой из вопросов 6, 8 – по десять баллов, а на вопросы 5, 7, 9 – по пятнадцать баллов. За отрицательные ответы – 0 баллов.

Сумма менее 15 баллов означает, что несовершеннолетний в “группу риска” не входит.

От 15 до 30 баллов – средняя вероятность вхождения в “группу риска”, требующая повышенного внимания к поведению подростка.

При результате свыше 30 следует незамедлительно посоветоваться с родителями, педагогом, психологом, врачом, работником подразделения милиции по предупреждению правонарушений несовершеннолетних.

Предложенная диагностическая процедура позволяет правильно составлять подростковые группы в целях стрессопрфилактики и стрессореабилитации, а также определять направления в индивидуальной воспитательной работе и психокоррекционной работе.

Факторы риска

В семье

Родители испытывают трудности по управлению семьей:

- родители испытывают воспитательную неуверенность (не могут пояснить свое поведение);
- не контролируют поведение детей;
- ведут себя непоследовательно, порой слишком сурово;
- отсутствует привязанность и любовь к другим членам семьи;
- мать и отец конфликтуют между собой;
- родители попустительствуют в отношении потребления алкоголя и наркотических веществ;
- взрослые злоупотребляют алкоголем, табакокурением, потреблением других наркотических веществ;

- родители не ждут больших достижений от своих детей;
- имеются генетические особенности предрасположенности данной семьи к алкоголю и наркотическим веществам;
- сексуальные извращения/насилие.

В школе

- существует недоброжелательный климат;
- педагогический коллектив находится в неведении относительно проблем табакокурения, наркомании, алкоголизма среди подростков и молодежи;
- позиция школы по данному вопросу не определена;
- учащимся навешиваются ярлыки “трудных”.

Учащиеся:

- часто переходят из одной школы в другую;
- имеют академические задолженности с 10–летнего возраста;
- не участвуют в общественной жизни школы, класса;
- пропускают занятия без уважительных причин или бросают учиться.

Личностные

Личностными предпосылками к употреблению наркотиков могут быть следующие:

- эмоциональная незрелость;
- нервозность;
- низкий самоконтроль;
- деформированная система ценностей;
- неумение удовлетворять свои потребности;
- завышенная самооценка;
- низкая устойчивость к стрессам;
- болезненная впечатлительность;
- обидчивость;
- повышенная конфликтность.

Среди ровесников

- отмечаются проявления асоциального поведения в раннем возрасте, в том числе бродяжничество, бунтарство;
- потребление наркотических веществ, считается обычным делом;
- отмечаются попытки принимать наркотики в раннем возрасте;
- в большей степени, чем на родителей, подростки полагаются на мнение друзей, находятся под их влиянием;
- подростки выбирают друзей, которые курят, употребляют алкоголь и наркотики.

В обществе

- отмечаются лишения социального и экономического характера, в том числе безработица, особенно среди молодежи;

- члены сообщества недостаточно общаются друг с другом, дезорганизованы;

- алкогольные напитки, табачные изделия и наркотические вещества легко доступны. Законы и нормы, действующие в обществе, не препятствуют злоупотреблению алкоголем и наркотическими веществами.

Факторы защиты

В семье

- проводилось предродовое обследование;
- установлены близкие отношения с детьми;
- поощряется приобретение знаний;
- ценятся принципы;
- имеется опыт выхода из стрессовых ситуаций;
- родители проводят много времени с детьми;
- родители устанавливают доверительные отношения с детьми, умеренно критикуя их, вместо того, чтобы баловать детей или строить отношения авторитарно;
- члены семьи заботятся и защищают друг друга;
- члены семьи четко видят свое будущее;
- семья поддерживает связь с педагогами;
- обязанности в семье распределены посильно.

В школе

- педагоги предъявляют высокие требования к ученикам;
- поощряется выбор цели и ее достижение;
- поощряется социально направленная деятельность (альтруизм, умение сотрудничать);
- предоставляется возможность раскрыться лидерам, научиться принимать решения;
- учащиеся активно участвуют в жизни школы, класса;
- учителя имеют навыки социального общения;
- вовлекаются родители;
- проводятся различные акции антиалкогольного/антинаркотического содержания;
- персонал школы видит свою роль в качестве заботливых попечителей.

В обществе

- нормы поведения и политика направлены на поддержку непотребления алкоголя/наркотиков;
- подросткам предоставляется возможность зарабатывать на жизнь (помощниками по ведению домашнего хозяйства, санитарями, нянями и т. д.);

- существует система помощи и социальной поддержки;
- молодежь вовлекается в деятельность общественных организаций.

Среди ровесников

- общение строится без потребления алкоголя или наркотиков;
- уважается авторитет;
- подростки привязаны к определенной группе;
- ценятся уникальность каждой личности, составляющей группу общения.

Социальная работа

- подростки вовлекаются в организацию и проведение различных мероприятий спортивного, познавательного и общественно–значимого характера;
- существует система учреждений и организаций, позволяющая подросткам удовлетворить свое любопытство и потребности в признании, общении, самоутверждении;
- существует развитая и доступная подросткам система социальной поддержки, где они могли бы получить помощь психологов, психотерапевтов, волонтеров и т. п.

Личностные

Личностными факторами, препятствующими употреблению наркотиков являются следующие:

- видение жизненной перспективы;
- высокий самоконтроль;
- умение взять себя в руки;
- система ценностей, совпадающая с социальными ценностями;
- способность вести себя в группе в соответствии со своими ценностями;
- адекватная самооценка;
- способность к конструктивному поведению в условиях конфликта;
- здоровое и развитое чувство юмора.

Данные об изменении поведения учащихся могут быть получены также в ходе целенаправленных, в плане наркологической настороженности, индивидуальных бесед педагогов и мастеров производственного обучения и родителями учащихся, которые должны проводится регулярно. Особенности поведения учащихся выявляются также при проведении обязательного обследования их бытовых и семейных условий на дому.

Преподаватели, социальные педагоги и другие работники образования во всех случаях обнаружения у учащихся признаков возможного употребления наркотических веществ должны немедленно пригласить психолога или нарколога для анонимной беседы с ними. В случае если ученик и родитель дают согласие на анонимное лечение, он направляется в центр медико-социальной реабилитации для лиц, страдающих наркоманией.

Система мероприятий по первичной профилактике наркоманических тенденций у подростков и молодежи включает в себя:

1. Выделение, из общего числа учебных заведений, путем проведения анонимных социологических опросов, так называемой, “группы риска”;
2. Проведение целенаправленных профосмотров;
3. Проведение активной противонаркоманической пропаганды.

Надо отметить, что “группу риска” составляют школы, в которых при опросе выявлено большее число подростков, у которых более высока вероятность возможного употребления наркотиков. Это подростки:

- с отягощенной наследственностью в плане алкоголизации, наркотизации, а также психических заболеваний;

- с выраженными отклонениями в характере, поведении, реагировании, вследствие ранней или приобретенной (черепно-мозговой травмы, нейроинфекции) органической мозговой патологии, врожденных или развившихся, в связи с дефектами воспитания, патологических (психопатических) черт личности;

- педагогически запущенные, из социально-неполноценных семей: глубоко конфликтных, распадающихся, неполных, члены которых склонны к злоупотреблению ПАВ, а также у которых наблюдается ассоциально или уголовно-наказуемое поведение.

Необходимо знать, что наиболее часто первичная наркотизация идет в русле “экспериментов”, отражающих возрастную психологическую специфику подростков – активные поиски ими форм самоутверждения через “особое”, “необычное”, “рискованное”, “взрослое”, “интересное” времяпровождение. Основными мотивами этих поисков являются также: любопытство, подражание (лидерам, группе), подчинение, стремление к нахождению своего места в группе, иногда протест против “норм взрослого поведения”. Это происходит обычно при отсутствии подлинных, эмоционально-окрашенных интересов, духовных ценностей, навыков в организации досуга, четких позитивных социальных установок. Такие личностные и поведенческие особенности как раз свойственны подросткам, относящимся к “группе риска”. Именно среди них могут быть выделены подростки с определенной готовностью к наркотизации, которую обуславливают:

- низкая устойчивость к психическим перегрузкам, стрессам, сниженная приспособляемость к новым, сложным ситуациям, непереносимость конфликтов;

- выраженная напряженность, тревожность, неуверенность в себе, низкая самооценка, трудности в сфере общения;

- импульсивность, в частности, со стремлением к получению удовольствия, новых ощущений, приятных и даже неприятных, как можно быстрее и любым путем;

- психическая и социальная незрелость, инфантильность, недостаточное усвоение общественных норм поведения, избыточная постоянная зависимость от других, подчиняемость, готовность следовать за отрицательными лидерами, в том числе, готовность к криминальному поведению.

Указанные выше особенности характера подростка, постоянно выявляются в поведении на занятиях, во внеурочной работе, во время производственной практики, дома, в компаниях друзей.

V. Эффективность использования метода

Применение метода выявления немедицинских потребителей ПАВ позволит медицинским работникам, преподавателям средних, высших учебных заведений существенно чаще и своевременно обнаруживать среди своих учащихся, студентов лица, подозрительные в отношении возможного приема наркотических средств и других ПАВ, и продуктивно взаимодействовать со специализированной наркологической службой в процессе оказания им срочной помощи и дальнейшего их ведения, наблюдения, обучения.

Заключение

Выявление лиц, допускающих немедицинское потребление различных психоактивных веществ, - сложный в правовом отношении процесс. Еще раз обращаем внимание преподавателей на то, что их действия в отношении школьников или студентов, подозреваемых в возможном немедицинском потреблении наркотиков и других ПАВ, должны быть тщательно продуманными, максимально тактичными, корректными, осторожными. Медицинские работники, преподаватели учебных заведений могут настойчиво рекомендовать этим лицам обратиться к специалисту-наркологу. Целесообразно связаться с родителями, опекунами или воспитателями (если, например, ребенок находится в интернате), указав на желательность консультации с наркологами и необходимость учета прав детей и их родителей. При выявлении, например, в ходе домашнего визита или посещения студенческого общежития, острых состояний следует вызвать “скорую помощь” или рекомендовать близким учащегося (студента) незамедлительно обратиться к наркологам, в частности, оказывающим анонимную помощь на дому или в стационаре. При этом необходимо постоянно иметь в виду, что необоснованные утверждения о немедицинском приеме ПАВ могут стать поводом к конфликту между школьником или студентом (и их семьями) и ЛПУ или учебным заведением - вплоть до судебного разбирательства. Они могут оказаться и существенным психотравмирующим фактором и привести к декомпенсации психического состояния, к ревному “срыву” у учащегося.

Список использованных в тексте сокращений

ПАВ	– психоактивные вещества
ОИ	– острая интоксикация
ХИ	– абстинентный синдром
ЦНС	– центральная нервная система
ЛСД	– диэтиламид лизергиновой кислоты
АД	– артериальное давление
ЛОВ	– летучие органические вещества
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение

**Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации
зависимости от психоактивных веществ**

Подписано в печать 18.03.03 г.
Формат А5. Гарнитура Times New Roman.
Печать RISO. Тираж 200 экз.

Отпечатано в типографии РГКП «Республиканский
научно-практический Центр медико-социальных
проблем наркомании», 637023 Республика Казахстан
г. Павлодар, ул. Кутузова 200, тел. (3182) 57-29-39