***Вступление***:

 В Украине наблюдается ежегодное увеличение количества потребителей наркотических веществ, которые состоят на диспансерном учёте (см. рис.1); больше 90 % из них — потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

 Вряд ли официальные данные отображают реальную ситуацию. В Украине, за подсчётами экспертов, не меньше 300—500 тысяч ПИН. В исследовании Центра "Социальный мониторинг" при поддержке Детского фонда Объединённых Наций, Объединённой программы ООН с ВИЧ/СПИД и Международного фонда "Возрождение" количество ПИН в Украине оценено в 560 тысяч.

**Алкоголизм и общество**

Алкоголь "бьет" не только самого пьющего, но и людей, окружающих его. Часто мужчины или женщины, склонные к алкоголизму, пренебрегают своими обязанностями, друзьями, семьей и детьми, для того, чтобы удовлетворить свою потребность.

Пристрастие к алкоголю - причина различных преступлений. Известно, что 50 процентов всех преступлений связано с употреблением алкоголя.

За алкоголизм родителей часто расплачиваются дети. Исследования нервнобольных детей показали, что причиной их болезни часто является алкоголизм родителей.

Борьба с алкоголизмом - крупнейшая социальная и медицинская проблема любого государства. Вред алкоголя доказан.

Даже малые дозы его могут стать причиной больших неприятностей или несчастий: травм, автокатастроф, лишения работоспособности, распада семьи, утраты духовных потребностей и волевых черт человеком.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИСТОКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ СОСТОЯНИЯ**

**ОПЬЯНЕНИЯ**

 Вряд ли найдется в нашем обществе человек, который не знает о вреде алкоголя и наркотиков. Но, тем не менее, эти вещества по-прежнему привлекают людей, становятся губительными для многих из них. Почему так происходит?

 Употребление алкоголя или наркотиков вызывает изменение состояния сознания человека. Потребность в изменении обычного уровня своего сознания проявляется очень рано, еще в детстве. Недаром детям так нравятся игры, от которых нарушается координация движений, изменяется восприятие. Всем известно, как дети любят качели, карусели, часто катаются на них до головокружения, а иногда и тошноты. Вероятно, этому аналогичен и механизм «рефлекса сосредоточения» у грудного ребенка, когда он сосет соску-пустышку. Возникающее состояние оглушенности отвлекает ребенка от состояния физического дискомфорта и внешних раздражителей. Нравится также малышу и состояние свободного падения, когда взрослый подбрасывает его в воздух и подхватывает на лету.

 Дети постарше сами стараются найти возможность испытать эти необычные ощущения. Они «летят» с крыши сарая; слегка придерживаясь за перила, перепрыгивают через 5—6 ступенек и т. д. Желая изменить состояние сознания, дети надавливают на глазные яблоки, сонные артерии, на область солнечного сплетения. Этой же цели служат и некоторые элементы гипнотических приемов: «магический» взгляд, игра в «гляделки», игра в «Замри!», неожиданное «испугивание» и др.

 Желание выйти из рамок привычного, обыденного, «примерить» на себя роль другого человека, то есть прожить как бы еще одну жизнь, глубоко заложено в каждом из нас. В древние времена эта потребность удовлетворялась во время праздников, обязательными атрибутами которых являлись карнавал, обрядовые действа. Как отмечают исследователи историко-культурологических основ пьянства, «празднества в честь Диониса были важны тем, что они послужили началом театральных представлений в Афинах. Во время великих Дионисий в Афинах выступали хоры наряженных в козьи шкуры певцов и исполнялись особые гимны — дифирамбы. На сельских Дионисиях исполнялись шуточные песни, сопровождающиеся плясками ряженых. Отсюда произошла комедия. Культурный смысл опьянения, таким образом, тесно связан с «лицедейством», изменением «личины» и облика человека во время праздника.

**«Прорыв» повседневности**

**и формирование личности**

 Современный человек зачастую лишен возможности приобщаться к действам, символизирующим изменение его личности. Однако такой процесс необходим, поскольку является одним из условий развития стрессоустойчивости психики. Если человек умеет выходить за рамки привычных представлений, он сможет найти выход из ситуаций, требующих трансформации личности: переоценка ценностей, новая оценка собственной личности, своих возможностей и способностей, перестройка отношений, мотивов поведения и т. д. Иными словами, желание испытывать измененное состояние сознания (в детстве), а затем периодические метаморфозы личности, чтобы «примерить» на себя роль другого человека, его жизнь, чувства, детерминировано необходимостью своего рода тренировки психики, ее закаливания, подготовки к возможным психотравмирующим ситуациям.

 При нормальном процессе социализации такая «тренировка» психики осуществляется в ходе развития способности к эмпатии — сопереживанию, действенному сочувствию другим людям. Когда взрослые приучают ребенка считаться с другими людьми, понимать человека, воспринимать его боль, радости и горести как свои, вплоть до альтруизма и самопожертвования, и сами проявляют к нему такое же отношение, тогда формирующийся жизненный опыт ребенка дает основу хорошей адаптивности его психики. Большое значение имеет также приобщение к миру культуры: книги, спектакли, кинофильмы переносят человека в другой мир, отрывают от круга личных забот, заставляют изменить «личину», отождествляя себя с кем- либо из действующих лиц. Еще большими возможностями обладает музыка. Здесь достигается эффект деперсонализации, когда человек как бы отключается от окружающей реальности, полностью отдаваясь звукам, переживая те эмоции и чувства, что были заложены композитором. Слушая музыку, человек выходит за рамки обыденного, он чувствует себя вне времени и пространства. Перед мысленным взором мелькают картины пережитого: радостного, забавного или грустного, тревожного, страшного, гневного — в зависимости от характера музыки, возникают реальные и фантастические образы, человек чувствует себя причастным к чему-то великому и прекрасному. Это вызывает экстатическое состояние, восторг, счастье, умиротворение.

 Естественно, что перечисленные выше эффекты восприятия литературы, искусства, музыки возникают в том случае, если это высокохудожественные произведения, мастерски исполненные профессионалами. Кроме того, слушатель, зритель, читатель также должен быть подготовлен, художественно развит. Только при таких условиях возможна передача тех мыслей и чувств, той работы души, которую вложил автор в свое произведение. Переживая его (автора) эмоции, вбирая в себя его внутренний мир, слушатель, читатель, зритель становится выше своих проблем, ощущает себя частицей мироздания, у него рождается способность философски относиться к жизни, не поддаваясь слепящему действию аффекта, когда взрыв отрицательных эмоций блокирует деятельность рассудка и толкает его к непродуктивному выходу из психотравмирующей ситуации.

**Историко-культурологический аспект**

 Историко-культурологические исследования показывают, что свойства алкоголя и наркотиков были известны людям еще с древнейших времен и использовались для усиления эффекта изменения сознания при богослужениях. В литературных источниках, да-тируемых V веком до н. э., есть упоминание о том, что скифы сыпали коноплю на раскаленные камни с целью получения дыма, вызывающего восторженное состояние. Древние племена Средиземноморья бросали в костер подгнившие гроздья винограда (то есть такие, в которых уже начался процесс брожения) и от запаха сжигаемых плодов приходили в состояние опьянения. Шаманы использовали наркотические вещества во время ритуальных действий. Позже наркотики использовали служители культа и прорицатели, чтобы вызвать у верующих нарушение сознания и чувство особого психического подъема во время богослужений. В Древнем Египте, Древней Греции и Риме были известны наркотические свойства опийного мака и индийской конопли. Однако во всех ситуациях химический психотропный эффект играл лишь вспомогательную роль; главным фактором изменения сознания были магические ритуалы, маски, символические действия, танцы, заклинания, сильно воздействующие на психику человека.

 Таким образом, одним из первичных глубинных факторов употребления человеком психоактивных веществ является желание периодически изменять свое сознание, переживать метаморфозы личности.

 Особым элементом употребления алкоголя славянами было испытание человека «на прочность». Например, казаки Запорожской Сечи в качестве одного из испытаний для желающего стать запорожцем предлагали ему выпить кварту горилки. После этого наблюдали за поведением новичка: станет ли он болтливым, распущенным, потеряет ли над собой контроль, или, наоборот, будет сопротивляться действию алкоголя, не подавать виду, что опьянел, что плохо себя чувствует.

 Вообще само по себе испытание человека — его силы, смекалки, ловкости, выносливости — является составной частью почти всех славянских обрядов и праздников. Кулачные бои, стрельба из лука, конные состязания, сложные танцевальные элементы и тому подобное давали возможность «показать себя», самоутвердиться, самореализоваться. В настоящее время эта потребность, являющаяся особенно важной для молодежи, часто проявляется только в традиционном испытании новичка выпивкой. Такая скудность средств удовлетворения актуальных потребностей свойственна всей нашей жизни. По меткому определению В.Ю. Завьялова, так же, как и в современной архитектуре, где «все ненужное» убрано и где все подчинено чистому функционализму, так и в испытаниях алкоголем видна рука «века прагматизма» и экономичности в области человеческих отношений — «все лишнее убрано», на древнюю обрядность и другие «хлопоты» время не тратится, а в самом алкоголе действительно «концентрируются» символы древности, рудименты архаичных верований, «непроросшие зерна» традиционной обрядности и ритуалов. Все это настолько полно растворилось в алкоголе, что без специального анализа эти элементы невозможно заметить.

 Очевидно, что это дело будущего — «выпарить» из алкогольного концентрата (то есть из того, что называют «алкогольными обычаями») растворенные в нем элементы, опознать их, увидеть, как эти элементы связаны с другими традициями, верованиями, символами, обычаями, дать им научную интерпретацию, а затем искать подходящую и эффективную замену алкогольного способа испытания, празднования, увеселения и всего того, что «взвалено» сейчас на спиртные напитки.

**Состояние эйфории**

 Наиболее ярким показателем измененного сознания при употреблении алкоголя или наркотиков является эйфория. Слово «эйфория» (от греч. euphoria - хорошо переношу) означает неоправданное реальной действительностью благодушное, приподнято-радостное настроение. В научно-медицинской и психологической литературе термин «эйфория» обозначает неоправданное реальной действительностью радостное настроение у тяжелобольных, порой умирающих, а I также счастливое, радостное, блаженное состояние у алкоголиков I степени после употребления спиртного или у наркоманов (I стадии) после приема наркотического вещества.

 Наркотическая эйфория аналогична алкогольной: то же состояние радостного возбуждения, иллюзия счастливого, приподнятого настроения, веселье, благодушие, приятные телесные ощущения. Однако существует и ряд компонентов, свойственных только наркотикам: ощущение своей значимости, всемогущества, слегка затуманенное сознание, иногда, в зависимости от вида наркотика, яркие галлюцинации, нереальное восприятие времени, цвета, форм, величины предметов, расстояния и звуков.

 Состояние эйфории характеризуется не только хорошим настроением. Оно влияет на мышление, восприятие, память, самооценку. Все, что человек видит и слышит, воспринимается им в радостном возбуждении: соседи по столу, их шутки и разговоры, окружающая обстановка и т. д. Память как бы сама отсеивает все заботы, неприятности, все плохое, что может омрачить жизнь. Вспоминаются только приятные события. Человек думает, что он наконец по-настоящему счастлив. Он ожидает только успеха от всех своих начинаний, только благодарности и похвалы окружающих за свои действия.

 Резко меняется самооценка: она становится чрезвычайно завышенной. Человек чувствует себя неуязвимым, могущественным, ощущает свое превосходство над другими. Находящийся в состоянии эйфории каждый свой поступок воспринимает как значительное достижение, ожидает благоприятных результатов от всех предпринимаемых действий, преувеличивает свои возможности; все воспринимает и оценивает только положительно. Более того, «длительная бомбардировка» завышенной самооценкой и сверхоптимистическими ожиданиями заряжает его энергией и деятельностью.

 Эйфория, по определению В.Ю. Завьялова, — это психическое состояние человека, «несущее экстремально хорошую оценку» всему, что человек способен в данный момент ощущать, воспринимать, вспоминать, думать и фантазировать. Оно не связано с удовлетворением какой-то определенной потребности, Напротив, любой объект, попавший в поле внимания при эйфории, может казаться объектом, который дает удовлетворение, счастье. Это общее чувство удовлетворения, благополучия и радости, овладевшее человеком, может резко контрастировать с тем, что в действительности происходит с ним. В этом и проявляется некритичность, неспособность правильно, реалистически оценивать происходящее.

 Потребность в изменении состояния сознания является естественной и целесообразной. Стремление к празднику, выходу из серых будней, к «прорыву» повседневности заложено в каждом из нас. Желание испытать себя в новой ситуации, «примерить» на себя жизнь другого человека, приобщиться к великому и прекрасному существовало у людей с древнейших времен и служило детерминантой развития литературы, музыки, искусства.

 В процессе развития человечества состояние радостного, приподнятого настроения возникало от всей обстановки праздника с его обрядовостью и глубоким символическим смыслом. Использование же психотропного эффекта алкоголя или наркотиков играло лишь вспомогательную роль, усиливая состояние восторга, удовлетворенности и счастья.

 Постепенно психологический смысл опьянения сводился к состоянию эйфории, являющейся всего лишь результатом фармакологического действия алкоголя или наркотиков на психику человека.

**2.МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА**

 Алкоголь (этиловый спирт или этанол) вырабатывается самим организмом человека и всегда присутствует в нем. Обычная его концентрация в крови, необходимая для обеспечения энергетических затрат организма на 10%, составляет 0,01—0,05%. Если количество этанола в крови увеличивается до 0,08—0,15%, возникает легкая степень опьянения, вызывающая изменения в эмоциональном состоянии, восприятии и мышлении. При этом у человека, как правило, возникает состояние легкой эйфории.

 Какие же изменения происходят в организме под влиянием алкоголя, что обеспечивает этот субъективный эффект? Исследования биологов, физиологов, медиков достаточно четко и подробно демонстрируют влияние алкоголя на мозг, сосуды, сердце, печень и другие органы и системы организма. Мы не будем детально останавливаться на том, как влияет алкоголь на организм в целом, поскольку основным аспектом нашего исследования является психологический. Рассмотрим лишь кратко, какие изменения происходят в функционировании высшей нервной системы, какие психофизиологические процессы сопровождают действие алкоголя.

 Прежде всего, алкоголь оказывает действие на процессы возбуждения и торможения в нервных клетках: он может менять соотношение между активностью мозговых «центров удовольствия» (наслаждения) и неудовольствия. Стимуляция «центров удовольствия» вызывает у человека приятные эмоции, а «центров неудовольствия» — появление страха, беспокойства, тревоги.

 Алкоголь (этиловый спирт, этанол) значительно влияет на активность мозговых структур. Передача нервного возбуждения от одной нервной клетки к другой осуществляется с помощью биогенных аминов. Эти биологически активные вещества выполняют функцию нейромедиаторов, то есть посредников, через которые передается нервное возбуждение до тех пор, пока его импульсы не достигнут коры головного мозга. Затем происходит анализ и синтез полученной информации, принимается решение, которое уже в виде приказа идет в обратном направлении (от мозга к частям тела), указывая, как им реагировать на тот или иной раздражитель, ту или иную информацию. Каждая нервная клетка имеет длинные отростки, в конце которых находятся синапсы. Синапсы содержат пузырьки, в которых находятся нейромедиаторы. Синапсы играют роль регуляторов, которые либо пропускают нервный импульс к другой клетке, либо блокируют ее.

 Во время прохождения нервного импульса биогенные амины освобождаются из синаптических пузырьков. При этом значительная часть биогенных аминов разрушается под воздействием специальных ферментов. В обычных условиях количество распавшихся и вновь синтезировавшихся биогенных аминов сбалансировано и поддерживается организмом в равновесии. Под влиянием этанола этот процесс нарушается. Даже однократный прием алкоголя резко увеличивает кругооборот нейромедиаторов. Этанол как бы вызывает «утечку» их из синаптических пузырьков. Усиленный выброс нейромедиаторов сопровождается их усиленным разрушением, что в свою очередь побуждает организм интенсивно синтезировать новые нейромедиаторы. Поэтому при регулярном употреблении алкоголя происходит истощение нейромедиаторных. систем.

 В настоящее время установлено, что действие этилового спирта на биогенные амины опосредуется эндогенными (т. е. вырабатываемыми организмом человека) опиодами. О том, что мозг вырабатывает собственные наркотики, люди узнали совсем недавно. Эти вещества являются нейропептидами и выполняют функцию химических посредников, но иную, чем нейромедиаторы. Нейропептиды кодируют только такие формы активности мозга, которые связаны с отдельными функциями: поддержанием водно-солевого баланса, половым поведением, ощущением удовольствия или боли.

 В организме человека есть рецепторы, предназначенные для наркотических веществ типа морфия (опиатные рецепторы). Это особые структуры, расположенные на поверхности нервных клеток, в которые молекула морфия входит, как ключ в замок, и изменяет работу мозга. Такие рецепторы для морфия обнаружены не только у алкоголиков и наркоманов, но и у людей, никогда не принимавших наркотики, а также у животных. С тех пор как они обнаружены, ученые стали искать в организме человека вещества, предназначенные для них. Ведь нелепо же было предполагать, что они созданы природой в расчете на то, что человек (или тем более животное) научится находить наркотики и искусственно вызывать у себя положительные эмоции. И вот, в 1975 году в Абердинском университете ученые Дж. Хьюз и X. Костерлиц выделили из головного мозга два естественных нейропептида, тесно связанных с рецепторами опия, и назвали их энкефалинами. Позднее были открыты еще одни морфиноподобные пептиды, названные эндорфинами.

 Таким образом, стало ясно, что головной мозг сам вырабатывает вещества, которые, связываясь с предназначенными для них рецепторами, воздействуют на «центры удовольствия» мозга, что вызывает у человека чувство радости, душевного покоя, удовлетворения жизнью, счастья. Для чего природа создала такой механизм самовоздействия на психику? Какова физиологическая функция энкефалинов, оправдывающая существование их и соответствующих (связанных с ними) рецепторов?

 Человек, как и любое живое существо, стремится реализовать заложенную в нем биологическую программу: выжить и продолжить свой род. Для этого надо добывать себе пищу и воду, избегать опасности, изучать окружающий мир, устанавливать отношения с особями своего вида («социальное» поведение), найти себе любовного партнера. Но для выполнения такой программы одного лишь осознания биологической целесообразности то есть понимания необходимости указанных действий, было бы для человека недостаточно, не говоря уже о животных, которые вообще не имеют сознания. Поэтому все поведенческие акты, обеспечивающие биологическую целесообразность, сопровождаются положительными эмоциями в момент достижения цели. Получается, что организм как бы поощряет сам себя за правильное поведение. Физиологический механизм этого как раз и состоит в том, что при удовлетворении потребностей повышается синтез энкефалинов (эндорфинов), которые, связываясь с соответствующими рецепторами мозга, вызывают положительные эмоции. Установлено, что этиловый спирт и наркотические вещества высвобождают активность энкефалинов и эндорфинов. Однако при регулярном употреблении алкоголя системы, синтезирующие их, истощаются и, для того чтобы «подстегнуть» их деятельность, требуются все большие и большие дозы.

 Механизм действия наркотиков на центральную нервную систему аналогичен действию алкоголя. В частности, наркотическое воздействие препаратов из мака, основой которых является морфин, связано с воздействием на рецепторы, чувствительные к опию. Выше уже отмечалось, что в мозгу человека вырабатываются эндорфины и энкефалины, которые связываются с опиатными рецепторами и вызывают положительные эмоции в том случае, когда человек удовлетворяет актуальные, жизненно важные потребности либо достигает иной поставленной перед собой цели. Морфий же воспринимается этими рецепторами так же, как эндорфины и энкефалины. Иными словами, наркотик имитирует действие вырабатываемых самим организмом веществ, на которые рассчитаны опиатные рецепторы. Образно говоря, если энкефалины и эндорфины входят в рецепторы, как человек в свой дом, отпирая двери своим ключом, то наркотики открывают дверь отмычкой и, как воры, проникают в чужой дом.

*История происхождения психотропных веществ.* Кто догадался употреблять растения, содержащие наркотические вещества, остаётся неизвестным. Предполагают, что это произошло случайно, в процессе вдыхания дыма костра, в котором горели какие-то из этих растений: конопля, мак, табак.

 Вполне вероятно, что люди издавна не только вдыхали дым, но и жевали такие растения, как опийный мак, индийская конопля, листья коки, бетеля и т. п. Так, упоминание о разведении опийного мака имеется уже в древней "Илиаде".

Использование наркотических свойств растений в медицинских целях исторически отмечается ещё раньше. Расшифровка древних папирусов показала, что обезболивающие, дурманящие вещества (опийный мак, белладонна, мандрагора) применялись ещё в XV веке до нашей эры.

Впервые опий был получен из опийного мака в Германии в 1803 году. 20-летний аптекарь Сетюрнер сделал великое открытие: ему удалось разложить опий и добыть из него белый, горький на вкус порошок. Даже малые дозы этого порошка вызывали глубокий сон. Вскоре морфий стали применять для наркоза и как болеутоляющее.

В 1952 году была раскрыта химическая структура морфина, что дало возможность синтезировать его искусственно. Однако синтетический материал оказался очень дорогим. Поэтому в настоящее время его по-прежнему получают из опийного мака. Таким образом, в начале XIX века термин "наркотические вещества" применялся для обозначения лекарственных средств, оказывающих специфическое действие на нервную систему, блокирующее передачу нервного импульса (галлюциногенное, эйфорийное, успокаивающее и др.), а также применяемых для наркоза в хирургии. В современных же условиях термин "наркотические средства", или "наркотики" кроме медицинского, приобрёл также социальное и юридическое значение.

 *Факторы, влияющие на возникновение влечения к психотропным веществам.* Возникновение влечения к наркотикам теснейшим образом связано с условиями жизни человека.

Прежде всего, рассмотрим социальные условия, которые можно разделить на две группы: макросоциум и микросоциум. Первая группа — это общество, в котором живёт человек, включая историческое прошлое, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношения к детям, семье и т. д. Вторая — непосредственное окружение человека, люди, с которыми он общается, от которых зависит, с кем дружит или враждует.

Влияние макросоциума на развитие ребёнка, особенно пока он мал, обычно недооценивают. Естественно ребёнок не вникает в то, что передается в последних известиях, пишется в газетах и журналах, — ему не понятны ещё проблемы взрослых. Однако через настроение родителей, через их поведение, отношение друг к другу и к другим людям ребёнок чётко улавливает два основных параметра функционирования общества в целом: благополучие и неблагополучие.

Историю нашего общества, во всяком случае, на протяжении 3-4 последних поколений, вряд ли можно назвать благополучной, лишённой стрессогенных факторов. Естественно, это не могло не сказаться на психическом состоянии людей. Неуверенность в завтрашнем дне, острые социальные конфликты, необходимость вынужденно менять образ жизни или места жительства являются мощными факторами, толкающими человека к пьянству или употреблению наркотиков. Помимо социальных факторов, влияющих на возникновение влечения к психотропным веществам, следует отметить экологическую среду обитания человека и особенности его питания. Технизация и химизация промышленного и сельскохозяйственного производства нередко приводит к химическому и радиационному загрязнению воды, земли и воздуха. Это вызывает постоянное напряжение, активизацию иммунной системы, что, во-первых, неблагоприятно само по себе, поскольку истощает её возможности, а значит, понижает сопротивляемость организма вредным воздействиям. Во-вторых, эти особенности реагирования иммунной системы на экологическую загрязнённость воспринимаются нервной системой как стрессовая ситуация. Может возникать ощущение психического дискомфорта, казалось бы, немотивированного чувства неудовлетворённости, подспудное желание чего-то такого, чего человек не может определить.

При более высокой экологической загрязнённости, возможно своего рода извращение инстинкта, когда организм стремится к веществам, отравляющим его организм. Недаром наибольшее распространение наркомании и токсикомании наблюдается в крупных промышленных центрах с тяжёлой экологической ситуацией.

*Виды наркотических веществ и их действие на организм человека.* Отношение к наркотикам в нашем обществе совсем иное, чем к алкоголю. Уже то, что за изготовление, хранение и транспортировку наркотиков и т. п. предусмотрено уголовное наказание, служит преградой для всех законопослушных граждан.

Тем не менее, широкое распространение токсикомании и наркомании (особенно среди молодёжи и несовершеннолетних) даёт основания полагать, что социальные отличия алкоголизма и наркомании для молодёжи и подростков незначительны.

Чем же объяснить такое распространение токсикомании и наркомании, несмотря на негативное отношение к этим явлениям общества в целом? Может быть, тем, что молодёжь и подростки не склонны следовать социальным требованиям и прислушиваться к общественному мнению? В какой-то мере это так, но следует учитывать и то, что помимо отношения общества (социальный фактор) к рассматриваемым нами явлениям, существуют ещё биологические, психологические, физиологические факторы.

Термин "наркомания" происходит от греческих слов narke — оцепенение, онемение и mania — безумие, страсть, влечение и означает болезненное влечение, пристрастие к употреблению наркотиков, приводящее к тяжёлым нарушениям физических и психических функций.

Конкретные проявления того или иного вещества на организм человека имеют свои особенности, определяющиеся видом наркотика.

После приёма *наркотиков* *группы опия* у человека возникает ощущение тепла во всём теле, лёгкий зуд, чувство расслабленности, психического комфорта. Внешне состояние наркотического опьянения проявляется в невозмутимости, безразличии к окружающему, ленивом благодушии. Стараясь продлить состояние эйфории, потребитель наркотика заранее ищет спокойное место, создаёт соответствующую обстановку покоя в своей компании.

Несколько иначе действуют на нервную систему *барбитураты.* Эти лекарственные вещества, применяемые в медицине в качестве снотворного, оказались не менее опасными наркотиками, чем опий. При их употреблении, после кратковременного состояния расслабления, приятной истомы, наступает фаза возбуждения, которая характеризуется резким снижением самоконтроля и двигательной расторможенностью. Такое действие барбитуратов известно и самим наркоманам, прозвавшим эти лекарственные препаратами "бешеными" таблетками.

Аналогично действуют и *психостимуляторы* — кокаин, фенамин, эфедрин, кофеин, фенциклидин. Их употребление вызывает глубокие расстройства координации движений, развитие психотического состояния (бред, галлюцинации, аффективные нарушения).

*Транквилизаторы и хинолитические вещества*, как и другие наркотики, оказывают действие на ЦНС путём разрушения механизма функционирования нейронов в процессах передачи нервного импульса. Употребление транквилизаторов и хинолитиков в немедицинских целях в дозах, в несколько раз превышающих терапевтические, также даёт эффект эйфории, и, к тому же, ведёт к возникновению галлюцинаций. Окружающее приобретает несвойственные ему очертания и выполнять несоответствующие функции.

Наиболее распространённым наркотиком среди подростков всего мира является *гашиш.* Это смолистое вязкое вещество или порошок со специфическим запахом. Его получают в результате кустарной обработки различных сортов индийской, чуйской дикорастущей конопли.

Курение гашиша уже через 15-20 минут даёт картину наркотического опьянения. Сначала возникают ощущения, характерные для стрессового состояния: учащается пульс, появляется "горящий" румянец, головокружение, тошнота, лёгкая тревога, пугливость. Такое состояние обычно длится 15-20 минут, а затем либо переходит во вторую фазу, либо заканчивается, и курильщик чувствует лишь слабое головокружение, тошноту, сонливость.

Во второй, собственно наркотической фазе негативные ощущения и эмоции исчезают. Вместо них возникает эмоциональный подъём, человек радостно возбуждён, общителен. Правда, в содержании его разговора ощущается нарушения мыслительных процессов.

Действие гашиша на нервную систему проявляется также и в расстройстве восприятия. Это значит, что реально существующий объект воспринимается неадекватно.

Среди наркоманов, да и вообще среди молодёжи, существует мнение, что гашиш — безвредный, лёгкий наркотик. Такими же считаются и новые синтетические наркотики: экстази, ЛСД и др. Действительно, физическая зависимость от них выражена слабо и абсинентный синдром обычно отсутствует. Однако длительное употребление таких наркотиков ведёт к слабоумию; формируются признаки таких психических заболеваний, как шизофрения, органическое поражение или паралич мозга.

*Токсикомания*. В последнее время среди подростков распространился ещё один метод изменения своего сознания — вдыхание паров средств бытовой химии. После непродолжительного вдыхания паров бензина, клея или ацетоносодержащих веществ ощущается головокружение, шум или звон в ушах, состояние оглушённости. Затем возникают иллюзии или галлюцинации, окружающие предметы деформируются, а краски кажутся необычайно яркими, неземными, сказочными.

Опьянение ингалянтами длится недолго — от 30 минут до 3-х часов, в зависимости от того, какое вещество употреблялось. Заканчивается это состояние ощущением слабости, разбитости во всём теле, головной болью, сонливостью.

**Единая природа алкоголизма и наркомании**

 Алкоголизм и наркоманию часто рассматривают как два самостоятельных явления. Между тем основное сходство этих заболеваний — патологическое влечение к химическому веществу (этанолу, морфию, производным барбитуровой кислоты и др.). Употребление этих веществ приводит к развитию психической и физической зависимости от них, которая в свою очередь ведет к деградации, а то и полному распаду личности, росту заболеваемости и смертности от постоянного отравления организма.

 Наряду с наркоманией существует токсикомания. Термин «токсикомания» состоит из греческих слов toxicon (яд) и mania и означает страстное влечение к ядовитым веществам. Токсикоманию могут вызвать химические, растительные или лекарственные средства, которые действуют так же, как и наркотики, но пока не признаны международными конвенциями наркотическими. То есть отличие наркомании от токсикомании чисто терминологическое, и при изменении юридического статуса вещества, вызывающего токсикоманию (то есть при признании его наркотиком), люди, его употребляющие, будут считаться наркоманами.

 Среди подростков наиболее распространенной формой токсикомании является вдыхание паров клея, бензина, лакокрасочных растворителей и других химических веществ. Поскольку клиническая картина, причины и последствия токсикомании и наркомании практически одинаковы, целесообразно употреблять эти термины как синонимы.

 В реальной жизни алкоголизм и наркомания могут быть тесно связаны между собой. Так, широкое распространение приобрело одновременное употребление алкоголя и барбитуратов, курение гашиша в сочетании с потреблением алкоголя и т. д. При отсутствии наркотических веществ наркоманы обычно переходят на алкоголь, чтобы подавить абстинентный синдром. Конечно, привлекательнее для них наркотическая эйфория, но при невозможности добыть наркотик они вынуждены употреблять алкоголь или токсические вещества. Это касается даже тех, у кого еще не возник абстинентный синдром, а только сформировалась психическая зависимость. Один из обследуемых нами подростков, Валерий Ч., 15 лет, объяснил эту зависимость так: «Конечно, водка — это не то, но не ходить же на умняк!». То есть подросток настолько уже привык находиться в состоянии отрешенности, оторванности от реального мира, что состояние трезвости — по его выражению, «ходить на умняк» — для него уже неприемлемо.

 Данные исследований и результаты работы других авторов (Р.В. Кочеткова, 1984; В.К. Смирнов, 1989; и др.) показали, что практически все подростки, ставшие наркоманами, в свое время злоупотребляли алкоголем. Более того, обычно они начинают с употребления различных психотропных средств, как бы совершая поиск «своего» наркотика. Об этом периоде первичной полинаркомании, как особенности специфически возрастной, подростковой, будет подробно сказано дальше.

 Сходно действие алкоголя и наркотиков и по своему биохимическому механизму. Выше уже говорилось о том, что этанол и опиаты одинаково действуют на функционирование энкефалиновой системы. Работы отечественных и зарубежных клиницистов доказали, что барбитураты и опиаты близки по своему действию алкоголю. В процессе развития заболевания алкоголизмом или наркоманией выявлена общая для всех форм употребления психотропных средств закономерность изменения трофотропной и эрготропной систем.

 Личностные особенности подростков, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, также удивительно сходны. Например, было установлено заметное сходство по показателям ММР1 между больными алкоголизмом, наркоманией и преступниками. Отечественные исследования психологов, проведенные в ходе изучения двух групп несовершеннолетних — подростков, начавших употреблять токсические вещества, и подростков, употребляющих алкоголь, пришли к выводу, что статистически значимых различий между этими группами нет. Данные наших исследований контингента несовершеннолетних, эпизодически употребляющих наркотики и алкоголь, подтверждают это заключение.

 Таким образом, можно сделать вывод, что алкоголизм, наркомания и токсикомания являются по сути лишь разновидностями одного явления — психической и физической зависимости от химического вещества. Обыденные представления о том, что пьянство лучше, чем наркотики, являются заблуждением. В строго научном смысле употребление крепкого кофе, чая (тем более «чифира»), курение табака тоже своего рода «слабые» наркомании. Конечно, внешняя картина поведения и субъективное состояние человека после приема того или иного вещества различны, но суть их одна — изменение психического состояния.

Всемирная организация здравоохранения определяет алкоголизм как одну из форм наркоманической зависимости и предлагает использовать термин «зависимость» (addikt) как в отношении алкоголя, так и в отношении других фармакологических средств. В третьем издании «Справочника по диагностике и статистике психических расстройств» определяются 5 видов веществ, употребляемых людьми для изменения своего психического состояния: алкоголь, барбитураты и седативные средства с аналогичным действием, опиоды, амфетамин и психостимуляторы с аналогичным действием, препараты индийской конопли (гашиш, марихуана).

 Учитывая, что употребление тех или иных из перечисленных веществ во многом определяется степенью сформированности химической зависимости, зарубежная наркология предлагает рассматривать стадии развития наркомании в соответствии с тем, какое вещество принимает человек: первая стадия — курение табака (никотиномания); вторая — употребление алкоголя; третья — курение марихуаны; четвертая стадия — употребление собственно наркотических препаратов, запрещенных для немедицинских целей.

 Таким образом, наркотик отличается от токсикоманического вещества только с юридической точки зрения. Алкоголь отличается от наркотика и токсикоманического вещества в социальном смысле, то есть он просто более доступен в силу сложившихся культурно-исторических традиций. В психологическом же смысле все эти вещества фактически друг от друга не отличаются. Поэтому, на наш взгляд, вполне правомерно объединить их одним термином — «психотропные вещества», то есть изменяющие психику. Возможно также применение термина «психоактивные вещества».

 Психотропное (психоактивное) вещество — это химическое вещество, способное вызывать при однократном приеме эйфорию либо другие желательные с точки зрения потребителя психотропные эффекты, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость. Естественно, что в случае необходимости подчеркнуть действие того или иного психотропного вещества или его отличие от других, название должно быть конкретизировано. Если же речь будет идти о свойствах и эффектах, присущих всем этим веществам, мы будем употреблять обобщающие термины — психоактивные, или психотропные, вещества. Поведение человека, детерминируемое зависимостью от психотропных веществ, называется аддиктивным поведением.

**2. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Употребление алкоголя и злоупотребление им. Доза и степень опьянения; восприимчивость к этанолу. Уровни потребления алкоголя. Биологическая предрасположенность к алкоголизму, ее механизмы и последствия; влияние этанола на потомство. Отличие бытового пьянства от алкоголизма. Стадии развития алкоголизма. Употребление наркотиков как вид конфронтации с законом. Действие различных наркотических веществ на организм человека (опий, барбитураты, психостимуляторы, транквилизаторы, гашиш, ингалянты). Стадии развития наркомании.

**1. УРОВНИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И СТЕПЕНЬ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМОМ**

 «Пить или не пить?» — вот самый интересный и загадочный вопрос, вокруг которого больше всего неопределенности и умалчивания. Впрочем, в период очередной успешно провалившейся кампании по борьбе с алкоголизмом ответ был однозначный: «Не пить! Алкоголь — это яд». Правда, очень немногие следовали этому призыву. Даже сами авторы антиалкогольной пропаганды не спешили отказываться от спиртного.

 Сейчас, напротив, все больше звучит доводов о пользе алкоголя, особенно вина. Отмечается, что вино имеет много витаминов, микроэлементов и других полезных веществ. Например, красное вино, наполовину разбавленное водой, применяют как радиопротектор, при этом количество и длительность употребления предписывает врач. Всем известно, что при переохлаждении организма, обморожении принятие алкоголя дает положительный эффект. При упадке сил, вялости работы пищеварительных органов небольшие дозы алкоголя «для аппетита» оказывают благоприятное действие. При сильной психотравме, шоке, острой сосудистой слабости — в случае невозможности оказания скорой медицинской помощи — также используют алкоголь как средство, рефлекторно повышающее деятельность дыхательного и сосудодвигательного центров.

 В настоящее время имеются доказательства, позволяющие предположить, что алкоголь обладает защитным действием при коронарных сердечных заболеваниях. Однако это относится к людям зрелого возраста: к мужчинам после 35 лет и женщинам, у которых уже наступила менопауза. При этом положительный эффект достигается только при употреблении очень небольших количеств — до 10 миллилитров чистого алкоголя и не чаще одного раза в неделю.

 Психофармакологические свойства алкоголя широко используются людьми в стрессовых ситуациях. Известно, что во время войны бойцы на передовой получали по 100 граммов водки. Это хотя и нарушало меткость стрельбы и координацию движений, зато меняло настроение. Кстати, алкоголь действует как средство, повышающее агрессивность и уменьшающее страх, не только на людей, но и на животных, что хорошо показано в опытах на крысах. Известно: в крысином сообществе существует четкая иерархия — вожаки, изгои и крысы, занимающие промежуточное положение. Однако — под действием алкоголя, крысы-изгои начинают претендовать на место вожака: первыми хватают пищу, оттесняют других с безопасного места и т. д. Например, крыс заставляли плавать в бассейне с водой, где единственным участком суши был стержень, на котором могло поместиться только одно животное. В борьбе побеждали сильнейшие особи, остальные продолжали плавать до потери сил. После того как крысам дали алкоголь, бывшие неудачники (изгои) стали вытеснять со спасительного стержня более сильных собратьев, своих вожаков. Надо отметить, что слабые животные (изгои) гораздо охотнее лакали алкоголь, чем сильные, привыкшие быть вожаками.

 Таким образом, помимо указанных в первой главе социально-психологических факторов, вызывающих стремление человека к алкоголю, существуют еще и факторы, действующие на уровне организма, причем не только человека, но и животных. Иными словами, универсальным свойством алкоголя является его способность усиливать позитивные эмоциональные переживания, связанные с удовлетворением потребностей. Все это обусловливает то, что люди употребляют спиртное, традиционно считая его необходимым элементом своей жизни. Поэтому, несмотря на антиалкогольную пропаганду, большинство людей полагает, что в употреблении алкоголя нет ничего страшного, если только пить культурно и понемногу. Однако сразу возникают вопросы: «Что значит «понемногу»? Это сколько — рюмка, стакан, бутылка?»; «Что значит «культурно»? Это когда белая скатерть, хорошо сервированный стол, а не в подворотне? Или в ходе приятной беседы, без драки и ругани?»

 Сторонники «культурного пития», вероятно, потерпели фиаско потому, что не смогли четко обозначить, что же они имели в виду под этим лозунгом. Действительно, сам этот термин расплывчатый и многоаспектный. Необходимо подобрать более точное определение, раскрывающее суть различий употребления спиртных напитков здоровыми людьми и теми, кто потерял контроль над алкоголем.

**Доза и степень алкогольного опьянения**

 Начинать разговор об употреблении спиртных напитков лучше всего с понятия о дозе.

 Доза употребления алкоголя — это такое минимальное количество этанола, которое у здорового взрослого человека вызывает состояние легкого опьянения, даже незаметного для окружающих. По международным нормам такой дозой считается 15—20 граммов чистого алкоголя (этанола). В пересчете на водку (то есть спирт, наполовину разбавленный водой) это составит 30—40 граммов (небольшая рюмочка). В пересчете на натуральное вино, крепость которого не превышает 10—13°, — 150—200 граммов (1/2—3/4 стакана вина). Именно такое количество чистого алкоголя у здорового взрослого человека легко метаболизируется в течение часа.

 Если человек выпивает в течение часа две дозы, то состояние эйфории усиливается, появляется радостное возбуждение, человек чувствует себя свободно, раскованно, хотя координация движений уже несколько нарушается. После третьей дозы возникают более заметные сдвиги в поведении: человек становится развязным, бестактным. Выпивший переоценивает свои возможности, становится хвастливым, совершает опрометчивые поступки. Например, он вспоминает, что ему надо срочно выяснить с кем-то отношения или вернуть забытый долг, и развивает такую бурную деятельность, которую и сам не может объяснить, когда протрезвеет. Отмечается также эмоциональная неустойчивость: эйфория может легко сменяться плаксивостью либо дисфорией, злобностью, агрессивностью, мрачным настроением.

 Если человек продолжает пить и в течение этого же часа принимает четвертую дозу, состояние его значительно ухудшается: отмечается вялость, снижение темпа мышления, нарушение походки. Речь становится неразборчивой, в ней много повторов. Часто в этом состоянии наступает дезориентация в окружающем пространстве, потеря контроля над собственным поведением до такой степени, что человек, не стесняясь, открыто проявляет сексуальность, цинично ругается, кричит, пристает к незнакомым людям и т. п.

 После пятой дозы наступает глубокая степень опьянения: появляются неврологические нарушения, вестибулярные расстройства, непроизвольное отхождение мочи и кала, может развиться алкогольная кома.

 Конечно, указанная динамика опьянения в зависимости от дозы отражает среднестатистические закономерности. Здесь показаны минимальные уровни приема спиртного, без учета широкой вариативности переносимости алкоголя. Более точно степень опьянения определяется по уровню концентрации этанола в крови человека.

 Как уже отмечалось, естественный — эндогенный — уровень содержания алкоголя в крови у различных людей составляет от 0,01—0,03 до 0,07%. Исходя из этого, чтобы повысить уровень концентрации этанола в крови у разных людей, нужно разное количество алкоголя. Если концентрация спирта в крови повышается от 0,05 до 0,08—0,15%, наступает легкая степень опьянения — та, что возникает после 1—2 доз. При повышении концентрации до 0,2—0,25% возникает средняя тяжесть опьянения — это соответствует приему 3—4 доз в течение часа. Глубокое опьянение возникает при концентрации этанола в крови 0,3—0,5%, что соответствует приему 5 доз и более в течение часа. При концентрации этанола выше указанного уровня наступает смерть.

 Почему у людей неодинаковая концентрация эндогенного этанола в крови? Почему для получения одной и той же концентрации этанола (и соответственно степени опьянения) разные люди выпивают различное количество спиртного? Почему даже один и тот же человек от одинаковой дозы алкоголя может пьянеть в разной степени в зависимости от обстоятельств? Это связано со многими факторами.

**Факторы восприимчивости к алкоголю**

 Основным фактором является степень переносимости алкоголя организмом — толерантность к алкоголю. Этот фактор является врожденным и определяется особенностями метаболизма. Повышенная толерантность к этанолу является предпосылкой заболевания алкоголизмом. Чаще всего этот симптом наблюдается у тех, чьи родители злоупотребляли алкоголем. Если у человека отмечается повышенная толерантность к алкоголю, то это означает биологическую предрасположенность к алкоголизму, о которой будет сказано ниже.

 Следующими факторами являются пол человека и масса его тела. Женщины обычно хуже переносят алкоголь. Чтобы опьянеть, им достаточно алкоголя почти в два раза меньше, чем мужчинам. Масса тела, естественно, тоже имеет большое значение, поскольку опьянение связано с повышением концентрации алкоголя в крови. Поэтому для более точного определения дозы расчет ведется так: 0,8 грамма этанола на 1 килограмм веса тела, или 15 миллиграммов этанола на 100 миллилитров сыворотки.

 Важную роль играет и конкретная ситуация, в которой происходит употребление алкоголя. Известно, что если человек сыт или хорошо закусывает, он пьянеет меньше. Это объясняется тем, что часть этанола абсорбируется пищей, а часть связывается с белками и продуктами их распада. Особенно показательны в этом плане картофель, мясо, жир. Если люди пьют спиртное на холоде, они пьянеют меньше, чем в жару, так как часть этанола уходит на обогрев организма. Если человек ведет сидячий образ жизни, если он устал, плохо себя чувствует, то у него переносимость алкоголя хуже, чем у бодрого, энергичного человека, деятельность которого связана с физическими нагрузками. Имеет значение и время дня, и установка человека на ситуацию застолья. Одно дело, когда человек с радостью ожидает праздника, отдыха, возможности расслабиться, получить удовольствие. Другое, когда садится в ресторане за стол с целью деловых переговоров, или по каким-либо иным причинам не хочет опьянеть и испытывает тревогу и страх из-за боязни что-то сделать «не так» в состоянии опьянения.

 Таким образом, указанные выше дозы лишь в усредненном варианте дают прогноз степени опьянения. Вполне вероятно, что если худенькая, маленькая девушка-студентка, отсидев 6 часов на лекциях и вернувшись усталая и голодная в общежитие, попадет в прокуренную комнату, где сидит веселая компания, то для того чтобы опьянеть, ей будет достаточно и половины дозы. В то же время, если молодой крупный мужчина, весом под 100 килограммов, с утра на морозце рубил дрова, а затем, плотно пообедав и выпив 100 граммов водки (2,5 дозы), пошел расчищать снег, то ему и в голову не придет, что по среднестатистическим нормам он уже может быть слегка пьян. Просто человек в хорошем настроении и отлично себя чувствует.

 Наиболее часто употребляют алкоголь в опьяняющих дозах люди молодого возраста. После 30—35 лет переносимость алкоголя снижается, последствия состояния опьянения становятся все хуже. Отмечается головная боль, расстройство желудка, слабость, потливость, обострение соматических заболеваний.

 У молодежи опьянение средней степени тяжести обычно является результатом давления окружения либо попыток экспериментировать алкоголем, испытать свои возможности в этом плане. Не имея научно обоснованного представления о дозе, они ищут ее эмпирическим путем и часто «проскакивают» через легкую степень опьянения в среднюю. Этому часто способствует вид напитка. Например, водку здоровый человек и сам не станет передозировать, уж очень это противно. Вино, учитывая его вкусовые свойства и мягкость действия, более коварно. Но самым опасным в этом плане является шампанское. Его вкус и запах, внешнее сходство с безалкогольными газированными напитками, имидж атрибута «красивой жизни» побуждают к употреблению. Между тем пузырьки газа стимулируют слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и способствуют увеличению скорости поступления этанола в кровь. Недаром опытный мужчина угощает девушку шампанским, надеясь, что она не заметит передозировку и неожиданно для себя опьянеет, а значит, снизит уровень самоконтроля.

 Важно усвоить, что здоровый, личностно зрелый человек после нескольких проб спиртного интуитивно сам находит свою норму потребления алкоголя. Эта норма соответствует легкой степени опьянения, то есть состоянию эйфории. Превышению этой нормы препятствует естественная реакция — феномен насыщения. Человек просто чувствует, что ему уже хватит, ему уже больше не хочется пить. Для здорового взрослого человека эта норма в среднем составляет 1—2 дозы в течение часа. Если после принятия этого количества спиртного феномен насыщения не «срабатывает», если человек продолжает пить до 3, 4, 5 доз без признаков более тяжелого опьянения и алкогольного отравления (тошнота, рвота, нарушение сознания и т. п.), то это свидетельствует либо о его биологической предрасположенности к алкоголизму, либо о начальной стадии заболевания.

**Уровни потребления алкоголя. Злоупотребление**

 Уяснив, что такое доза употребления алкоголя, можем перейти к рассмотрению уровней потребления. Именно уровень потребления раскрывает суть различий между здоровыми людьми и людьми с аддиктивным поведением:

 О — означает полный отказ от употребления алкоголя;

 I \_ уровень низкой степени риска, означает прием 1—2 доз 6—8 раз в год;

 П — уровень умеренного потребления, означает прием 1—2 доз 10—20 раз в год;

 ІІІ – опасный уровень потребления, означает прием 3-4 доз 20-40 раз в год, либо 1-2 доз 6-10 раз в месяц;

 ІV – продром алкоголизма, означает прием 3-4 доз 6-10 раз в месяц.

Продром алкоголизма – это переходная стадия между злоупотреблением спиртным и заболеванием алкоголизмом, предболезнь. Эту стадию называют еще бытовым пьянством.

**4.ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И СТАДИИ**

 **РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

Алкоголизмом заболевают не только те, кто к этому биологически предрасположен. В какой-то мере им даже проще: они делают выбор один раз и на всю жизнь. Тот, кто не предрасположен к алкоголизму, должен делать выбор при каждом случае употребления спиртного, сверяя количество выпитого со стандартными дозами и уровнями потребления.

 Отличить бытовое пьянство (продром алкоголизма) от первой стадии заболевания по внешней картине поведения довольно трудно. Во время застолья веселый тамада, который пьет, не пьянея, придумывая все новые тосты, обычно вызывает восторг и уважение. «Вот это мужик! — думает неискушенный человек. — Сколько выпил — и хоть бы что! Вот что значит уметь пить, мне бы так научиться!» Действительно, поскольку большинство людей у нас имеет неправильное представление об алкоголизме, очень часто за «умение пить» принимают симптом повышения толерантности к этанолу. Окружающие не понимают, что компанейский парень, всегда готовый принять участие в выпивке и запросто, без всяких уговоров пьющий, сколько бы ни угощали, на самом деле уже болен.

**Повышение толерантности**

 Итак, физиологическим показателем перехода продрома алкоголизма в первую стадию является повышение переносимости дозы алкоголя в 3—4 раза по сравнению с начальной, когда-то вызывавшей опьянение. Соответственно позже возникает и чувство насыщения алкоголем в состоянии опьянения. Постепенно исчезает рвотный рефлекс на передозировку.

 Жизнерадостность и активность, свойственные переходному этапу предболезни, пока сохраняются, но теперь человек чаще бывает раздражительным, грубым, может вести себя нагло и вызывающе. Несмотря на состояние эйфории и добродушное настроение в состоянии опьянения, он иногда бесцеремонно вмешивается в чужие разговоры, навязчиво привлекает к себе внимание окружающих, а порой ведет себя вообще нелепо и бестактно. Это свидетельствует о снижении самоконтроля, избыточности эмоциональности, расторможенности побуждений. На этом этапе уже начинают возникать конфликты с окружающими, появляются признаки социальной дезадаптации: ссоры в семье; иногда, в состоянии опьянения, антиобщественное поведение; прогулы на работе или по месту учебы, снижение успеваемости, а затем и вообще прекращение учебы и т. п.

 Следует особо отметить, что при переходе от продрома алкоголизма в первую стадию скорость снижения социальной адаптированности во многом зависит от норм и требований социальной среды. Если пьянство привычно для той микросреды, где живет начинающий алкоголик, то болезнь будет формироваться скорее. Если же общественное мнение осуждает злоупотребление спиртными напитками, то это обычно заставляет человека ограничивать себя. Он еще старается контролировать частоту выпивок и количество спиртного, пытается скрыть запах алкоголя, сохраняет удовлетворительную трудоспособность. Но трезвое состояние становится все более мучительным, а влечение к алкоголю возрастает.

**Влечение к алкоголю**

 Важным отличием первой стадии алкоголизма от предболезни является влечение к алкоголю даже в трезвом состоянии. Теперь уже человек никогда не отказывается от угощения спиртным и, более того, сам начинает искать поводы для выпивки: организует вечеринки, поездки за город, приглашения родственников или друзей на воскресный обед, охотно идет в гости туда, где будет спиртное. Предвкушение застолья с выпивкой вызывает у него радостное возбуждение. Если же эти намерения не оправдываются или возникает какое-либо препятствие, начинающий алкоголик раздражается, сердится, выражает недовольство. При этом он даже не всегда осознает, что причина его недовольства — отсутствие алкоголя, выдвигая обычно другие претензии и обвинения окружающим.

**Утрата контроля**

 С усугублением заболевания усиливается влечение к алкоголю. Если раньше, в переходной стадии, стремление «добавить» дозу спиртного возникало только в состоянии опьянения и еще было контролируемо, то теперь желание выпить становится ненасыщаемым, оно удовлетворяется в любой ситуации (официальный прием, присутствие начальства и т. п.). Такое усиление влечения обусловлено постепенным угасанием эйфорического эффекта и стремлением больного вновь его получать. В первой стадии алкоголизма практически каждый прием алкоголя заканчивается глубоким опьянением. Человек уже утрачивает контроль над количеством выпитого и продолжает пить до тех пор, пока есть спиртное. Если же внешние обстоятельства остановят его, создав ситуацию невозможности дальнейшего употребления алкоголя (например, жена вернулась домой и разогнала «теплую» компанию), то больной испытывает состояние дисфории.

 Следует отметить, что по мере нарастания влечения к алкоголю внешний контроль над поведением, влияние семьи, родных и близких становятся для начинающего алкоголика все менее значимыми. Отношение больного к окружающему миру резко меняется. Все, что связано с опьянением, воспринимается им в радужном свете: настоящие друзья — это собутыльники, хорошая компания — там, где пьют, добрый человек тот, кто угостит спиртным или у кого можно занять деньги. Все, что препятствует выпивке, начинает оцениваться отрицательно: прежние занятия и увлечения, которые теперь кажутся напрасной тратой времени; друзья, которые предостерегают от злоупотребления спиртным; родные, от которых надо скрывать свое влечение. Конечно, такая переоценка ценностей происходит не сразу.

 В начале первой стадии болезни у человека еще сохраняются неалкогольные привязанности и интересы, он еще получает удовольствие оттого, что радовало его раньше, однако все более четко на передний план выдвигается поиск состояния алкогольной эйфории. Постепенно меняется иерархия ценностей в мотивационной сфере, и при необходимости сделать выбор из нескольких возможных действий выбирается опьянение. Как справедливо отмечает И.Н. Пятницкая (1988), «спиртное становится мерилом отношения к окружающему миру, мерилом оценки событий, своих и чужих поступков. Симпатии и антипатии распределяются по полюсам «опьянение — воздержание ».

 Указанные изменения личности в период уже сформировавшейся первой стадии алкоголизма объясняют тот факт, что родные и близкие все реже и реже могут удержать больного от употребления спиртного.

 Общее состояние здоровья, самочувствие на первой стадии алкоголизма остаются пока хорошими. Но в трезвом состоянии человек уже ощущает некоторые признаки, свидетельствующие о дальнейшем развитии заболевания. Появляется повышенная утомляемость, некоторая бестолковость, легко рассеивается внимание. На работе человек никак не может включиться в трудовой ритм, ходит с места на место, затевает разговоры, тратит время на посторонние дела, не связанные с его трудовыми обязанностями. Уже нет той выносливости к перегрузкам и вредным воздействиям, которая была в продроме алкоголизма. Наоборот, даже небольшие изменения в режиме, климатических условиях, погоде вызывают трудности в приспособлении организма. По утрам у человека отсутствует аппетит, появляются признаки астенического синдрома.

 Как показано выше, признаки бытового пьянства и алкоголизма во многом сходны, их симптомы часто выражены нечетко и переплетены между собой. Например, у одного человека высокая толерантность к алкоголю может сочетаться с хорошим ситуационным контролем над выпивкой. У другого, напротив, потеря ситуационного контроля приводит к средней и даже глубокой степени опьянения, которое сопровождается рвотой (то есть, защитный рвотный рефлекс еще сохранен). Как же все-таки отличить бытовое пьянство от алкоголизма?

**Критерий первой стадии алкоголизма**

 Диагностика алкоголизма, в отличие от многих других заболеваний, не может быть основана на выделении какого-то одного, основного симптома. Диагноз ставится, исходя из ассоциативного принципа, по совокупности симптомов. При этом констатация всех перечисленных выше симптомов не обязательна, поскольку у одного человека абсолютно все симптомы могут и не проявляться. У одних людей какие-то симптомы выражены ярче, а какие-то вообще отсутствуют; у других — наоборот.

 Границей между бытовым пьянством и алкоголизмом является момент трансформации группы основных симптомов.

 1. *Симптомы зависимости*. Если в продроме отмечается симптом желательности алкоголизации, когда различные обстоятельства (встреча с приятелем, день рождения сослуживца, удачная покупка, просто наличие свободного времени и денег) наталкивают на мысль о выпивке, то при алкоголизме этот симптом становится патологическим, когда мысли о выпивке приобретают навязчивый характер, человек не может их устранить из сознания, подавить обсессивное влечение к спиртному.

 2. *Утрата количественного контроля*. Повышение толерантности к алкоголю, возникающее уже в продроме, сопровождается запаздыванием феномена насыщения. Напоминаем, что это проявляется в том, что человек выпивает спиртного в 2—3 раза больше, по сравнению со своей первоначальной дозой, которая раньше вызывала опьянение. Заболев алкоголизмом, человек практически утрачивает контроль над количеством выпитого, происходит угасание феномена насыщения, что приводит к глубокой степени опьянения, иногда близкой к коме.

 3. *Утрата ситуационного контроля*. В продроме алкоголизма человеку трудно отказаться от выпивки. Особенно неприятно, когда приходится свернуть уже начавшееся застолье. Однако если этого требуют обстоятельства (например, только сели отмечать день рождения сотрудника, как от начальства поступило срочное задание), человек еще способен к отказу от употребления спиртного. Границей заболевания следует считать тот момент, когда затруднение (чувство досады, разочарования) при отказе от выпивки превращается в невозможность отказаться. Начав пить, человек не в силах остановиться, невзирая на косые взгляды окружающих (например, на официальном приеме, деловых переговорах), на замечания жены (в гостях у родственников), на насмешливый шепот сослуживцев за спиной (на именинах у сотрудника). В этом проявляется симптом утраты ситуационного контроля.

Таким образом, критериями алкоголизма являются симптомы зависимости и симптомы утраты контроля.

 Очевидно, что указанные критерии — психологические. Казалось бы, кто как не сам человек может лучше всего определить их у себя? Ведь это именно он переживает все эти чувства, ощущения... Однако в данном случае метод интроспекции бессилен. Препятствием служит симптом анозогнозии, который появляется уже в продроме алкоголизма.

 Как правило, алкоголики в первой стадии не попадают в поле зрения врачей. Они не считают себя больными и к врачу не обращаются. В ответ на тревожные вопросы, а тем более упреки родных начинающий алкоголик предпочитает оправдываться, выдумывая якобы объективные и уважительные причины злоупотребления алкоголем. Рассказывать о своих ощущениях он не собирается, поэтому близкие люди могут только догадываться о наличии заболевания, тщательно анализируя свои наблюдения и накапливая факты. Ориентиром в этой кропотливой работе могут служить такие поведенческие критерии:

 — отрицание человеком того, что он стал пить больше, чем полгода - год назад. Отказ признавать, что его выпивки имеют негативные последствия (ссоры с женой, неприятности на работе, конфликты с друзьями, невыполнение обещанного, чрезмерный расход денег на выпивку, организацию застолья и т. д.), стремление объяснить эти факты любыми другими причинами, не связанными со злоупотреблением спиртным;

 — употребление алкоголя в 3—4 раза больше, чем первоначальная доза, которая раньше вызывала опьянение;

 — хотя бы 1—2 случая опьянения с последующей амнезией, то есть когда человек, протрезвев, не помнит, что делал в состоянии опьянения.

 В конце первой стадии алкоголизма уже отмечаются изменения во внешности человека. Он не всегда аккуратен, появляется небрежность в одежде. Лицо приобретает розоватый оттенок; слегка опухшее, пастозное, оно как бы «полнеет». Радужная оболочка глаз теряет яркость окраски. Волосы тускнеют и лежат в беспорядке. Голос становится громче, жестче, утрачивает мягкие интонации, выразительность. При разговоре человек затрудняется в подборе слов, часто повторяет стереотипные, шаблонные обороты речи, ему трудно сосредоточиться и интеллектуально мобилизоваться.

 Длительность первой стадии алкоголизма в среднем колеблется от 1 года до 4 лет.

**Вторая стадия алкоголизма**

 Во второй стадии алкоголизма поведение больного, как в состоянии опьянения, так и в трезвом состоянии значительно меняется. Если раньше после употребления спиртного человек был весел, подвижен, щедр на выдумки, добродушен, приветлив, то теперь картина иная. Эмоции неустойчивы; возникают вспышки гнева и злобности по самым незначительным поводам; больной становится придирчивым, раздражительным, упрямым. Прежняя активность и подвижность сменяется суетливостью, беспорядочностью действий, дезорганизацией поведения.

 В трезвом состоянии мысли больного заняты алкогольной темой, поскольку желание выпить присутствует постоянно, и для выпивки уже не требуется какого-либо повода. Общее самочувствие ухудшается, человек вял, апатичен, проявляет активность только в том случае, если это необходимо для получения алкоголя. Отсутствует аппетит, сон становится тяжелым, беспокойным, как бы пунктирным, с частыми пробуждениями и не приносит отдыха. Больной просыпается по утрам в злобном, мрачном настроении. Чтобы улучшить свое состояние, ему необходимо принять алкоголь. Теперь употребление алкоголя практически не дает эффекта эйфории (настолько этот эффект слабый и кратковременный), и человек пьет потому, что его нормальное физическое и психическое самочувствие невозможно без очередной дозы. Только в состоянии опьянения алкоголик во второй стадии болезни может чувствовать аппетит, хорошо спать, осуществлять сексуальные функции.

 Психобиологический механизм указанных изменений состоит в том, что устанавливается алкогольный гомеостаз. Это значит, что как только привычный уровень этанола в крови снижается, у человека возникает компульсивное, то есть физическое, идущее от тела, сопровождаемое вегетативной симптоматикой и потому в большинстве случаев непреодолимое влечение к алкоголю. Следует подчеркнуть, что компульсивное влечение настолько сильно, что действует, как бы минуя уровень сознательной регуляции поведения, и реакция в данном случае фактически инстинктивна, так же, как мы инстинктивно делаем вдох при снижении уровня кислорода в крови.

 Формирование компульсивного влечения к алкоголю, или иными словами, возникновение уже физической зависимости определяет наличие абстинентного синдрома (синдром похмелья) — основного критерия определения второй стадии алкоголизма. Абстинентный синдром проявляется в состоянии острого психического и соматического дискомфорта: дрожание рук, жажда, отвращение к еде, головная боль, потливость, мучительные ощущения, исходящие от всего тела, подавленное настроение, чувство тревоги, страха, тоски. На фоне этого состояния могут возникнуть галлюцинации, острый психоз («белая горячка»). У больного можно наблюдать буквально «вегетативную бурю» в период абстиненции, которая сразу же прекращается после приема алкоголя.

 Второй стадии алкоголизма соответствует еще более высокая переносимость алкоголя: в 4—5 раз больше по сравнению с первоначальным количеством, вызывавшим опьянение. Защитный рвотный рефлекс на передозировку полностью утрачен. Случаи опьянения с амнезией становятся систематическими, глубокое опьянение — нормой. Человек может выполнять только неквалифицированную работу, да и то некачественно.

 Алкоголик во второй стадии все более теряет связь с окружающей действительностью. Ему никто и ничего не нужно, кроме алкоголя. Даже компания собутыльников не привлекает. Алкоголики второй стадии представляют собой уже не сплоченную шумную компанию, слоняющуюся по улицам в поисках приключений или уютно сидящую во дворе, как это было в первой стадии алкоголизма, они, если и собираются, то только с целью добыть спиртное, вместе выпить, а затем разбредаются, погрузившись в себя.

 Продолжается изменение внешности. Розоватый оттенок кожи лица переходит в застойную красноту или бледность, на фоне которой проступают красные прожилки мелких кровеносных сосудов. Лицо еще более пастозное, часто обрюзгшее, невыразительное. Мимика примитивная, линия рта как бы распущена вследствие расслабленности круговой мышцы рта, нижняя губа отвисает. Человек деградирует не только личностно, но и психически.

 В молодом возрасте эта стадия длится обычно 1,5—2 года, поскольку больной либо начинает лечиться, либо погибает в результате травмы (драка, автомобильная катастрофа) или самоубийства.

**Третья стадия алкоголизма**

 В случае продолжения употребления спиртных напитков наступает третья стадия алкоголизма, характеризующаяся полным распадом человека как личности и истощением всех психофизиологических функций.

 Синдром психической зависимости от алкоголя изменяется за счет углубления и усиления физической зависимости. Алкоголик принимает этанол, чтобы уменьшить физический дискомфорт. Толерантность к спиртному снижается, и теперь уже человек быстро пьянеет, доходя до тяжелых состояний интоксикации даже от малых доз. Больные в третьей стадии часто употребляют суррогаты, так как от них, при меньшем количестве выпитого, возникает больший эффект опьянения. Амнезии почти постоянные, глубокие и стойкие. В этой стадии алкоголик пьет запоями: 3—4 дня непрерывного употребления спиртного чередуются с 10—15 днями так называемого светлого промежутка. Может быть и наоборот.

 Личность больных нивелируется, делая алкоголиков в третьей стадии даже внешне похожими друг на друга: опустошенными, безразличными к окружающей действительности, с явными признаками слабоумия. Отмечаются такие органические симптомы слабоумия, как ухудшение памяти, снижение критики, общее нарушение строя личности. Неврологическая симптоматика обостряется, могут появиться системные нарушения, мозговые синдромы, нарушения координации движений. Осложнения выражаются в виде психозов.

 Алкоголики в третьей стадии обязательно больны соматически (цирроз печени, язва желудка, сердечно-сосудистые заболевания и т. д.; часты сосудистые кризы с последующими параличами и парезами). Кроме того, у них крайне снижена сопротивляемость организма, в результате чего они умирают не столько от инфаркта, инсульта и других, опасных для жизни болезней, а скорее от обычных, интеркуррентных заболеваний: гриппа, воспаления легких и т. п.

 Третья стадия алкоголизма в среднем формируется спустя 8—10 лет после начала злоупотребления алкоголем.

**3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

**ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ**

**ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. СПЕЦИФИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

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

 «До эпохи Возрождения, — пишет И.Н. Пятницкая, работы которой занимают одно из ведущих мест в изучении проблем алкоголизма, — дети в изобразительном искусстве представлялись подобными взрослым (мимика, пропорции тела), только меньшими. Сейчас во многих работах подростковый алкоголизм изображается подобно взрослому, только тяжелее. Но ранняя форма алкоголизма подростка отличается от алкоголизма, развивающегося у взрослого, качественно. Иное качество мы видим и в предпосылках, и в клинике, и в последствиях» (И.Н. Пятницкая, 1988).

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

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

**Факторы аддиктивного поведения**

**в подростковом возрасте**

 Главные факторы возникновения у несовершеннолетних потребности в употреблении психотропных веществ - возрастные особенности, неблагоприятная, микросоциальная ситуация развития, отклонения в функционировании высшей нервной деятельности. В случае, когда эти факторы, благодаря вмешательству взрослых, устраняются или компенсируются, злоупотребление прекращается без традиционного лечения, то есть без применения медикаментозных препаратов. И наоборот, никакие лекарства, никакие угрозы и наказания не помогут, если отсутствуют условия для удовлетворения жизненно важных социальных потребностей подростка, фрустрированных указанны ми факторами.

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

 Детские психиатры считают, что у подростков практически невозможно разграничить ситуационные нарушения поведения и проявления начинающегося заболевания. Типичная ситуация, когда подросток «отбился от рук», перестал выполнять требования родителей, учителей, стал плохо учиться, пропускать уроки, грубить, проводить все время с компанией себе подобных, распивать спиртные напитки или экспериментировать с другими психотропными веществами, может быть следствием одного из названных выше факторов, либо их сочетанием. Во-первых, это может быть реакцией здорового подростка на сложную ситуацию в семье или школе. Во-вторых, влиянием чисто возрастной особенности — негативизма, как крайнего проявления реакции эмансипации или одной из форм поискового поведения. Все это чаще всего с возрастом проходит само собой, по мере общей стабилизации поведения. В-третьих, это может быть последствием психических расстройств или декомпенсацией акцентуации характера подростка.

 Негативные формы поведения, довольно часто встречающиеся у подростков, с трудом поддаются однонаправленному анализу, поскольку социально- психологические и педагогические факторы здесь тесно переплетены с патологическими, касающимися психиатрии и наркологии. Поэтому считаем более продуктивным рассматривать употребление несовершеннолетними психотропных веществ не в рамках наркологических представлений, а с позиции междисциплинарного подхода, как одну из форм проявления специфически подростковых или ситуационно-личностных поведенческих реакции.

 Подтверждают сказанное и многие исследования, доказавшие, что пьянство и наркомания несовершеннолетних — это прежде всего проявления нарушений поведения, которые, в свою очередь, обусловлены социальной средой. Так, 75% подростков, поступающих на обследование в связи с употреблением психотропных веществ или на лечение от наркомании, росли в неблагополучных семьях, до 90% правонарушителей - тоже выходцы из неблагополучных семей, 76% пьющих подростков воспитывались в неблагополучных, а 59% - в неполных семьях.

 В плане возникновения и развития зависимости от психоактивных веществ семья и ближайшее окружение подростка играют иногда фатальную роль. В этом тоже качественное отличие подросткового алкоголизма или наркомании от взрослого. Так, если взрослый человек может сам выбрать себе микросоциальное окружение, противостоять пагубному влиянию, наконец, может просто уйти, уехать, то для подростка такая свобода действий чаще всего невозможна.

 Попадая в пьянствующую компанию, подросток следует в русле ее обычаев, то есть пьет так, чтобы «не отставать от других», а не в соответствии со своим самочувствием, как это делает взрослый человек. Поскольку в таких компаниях обычно принято пить до отключения», то подросток, подражая уже сформировавшимся алкоголикам, употребляет большие дозы спиртного. Это приводит к тому, что контроль организма за количеством выпитого подавляется с самого начала. Иными словами, стадии опьянения с самого начала извращаются, что ведет по кратчайшему пути от злоупотребления к болезни, причем признаки алкоголизма могут наблюдаться раньше, чем болезнь разовьется окончательно.

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

 Аналогичное влияние оказывает возраст на стадии и формы употребления наркотиков и других психотропных веществ. В целом же можно утверждать, что и физиология подростка, и его психология, и социальный статус определяют иные, качественно отличные подходы к проблеме предупреждения и преодоления употребления психоактивных веществ несовершеннолетними.

**4. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **МНОГОАСПЕКТНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ**

 **АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ**

 Приведенный выше анализ факторов, которые могут вызвать влечение к психотропным веществам, свидетельствует о сложности проблемы профилактики алкоголизма и наркомании, а также о ряде заблуждений, бытующих в общественном сознании относительно этой проблемы. Очевидно, что представление об этих заболеваниях как результате «моральной распущенности», «нравственного падения» и прочих нарушений этических норм мало соответствует действительности, поскольку отражает лишь одну из граней этого многогранного явления. С другой стороны, представление о человеке, злоупотребляющем алкоголем или наркотиками, только как о больном, которому изначально были свойственны отклонения в психическом развитии, также неверно.

 Еще более наивно предположение, что «корень зла» находится в самом алкоголе или наркотиках. Безусловно, эти вещества обладают свойством специфически воздействовать на психику. Но человек потому и является человеком, что может сам сознательно делать выбор между реальной жизнью и существованием в мире иллюзий, вызванных действием химических веществ. Поэтому-то попытки решить проблему алкоголизма путем введения «сухого» закона или ограничения производства спиртных напитков, искусственного завышения их стоимости заранее обречены на провал. Широкомасштабная противоалкогольная кампания, прошедшая в нашей стране, запрет на выращивание конопли, мака, уничтожение многих гектаров дикорастущей конопли — все эти меры психологически безграмотны и в лучшем случае дают временный эффект, создавая лишь видимость положительных изменений, за которыми начинаются отрицательные последствия проведенных мероприятий.

 Как найти правильный путь профилактики и преодоления алкоголизма и наркомании несовершеннолетних?

 В представлении широкой общественности, да и ряда ученых, наркологов-практиков, педагогов профилактика алкоголизма и наркомании заключается в пропаганде в научно-популярных брошюрах или лекциях медицинских и правовых знаний по этой проблематике; в наглядной агитации в виде плакатов, буклетов и т. п.; в воздействии на людей посредством кино, телевидения, других средств массовой информации. Для оказания лечебно-профилактической, медико-социальной и медико-юридической помощи больным наркоманией и токсикоманией существует наркологическая служба.

 Однако, несмотря на большую работу, проводимую медицинскими учреждениями, правоохранительными органами по борьбе с алкоголизмом и наркоманией, число злоупотребляющих психоактивными веществами все же неуклонно растет. Не будем останавливаться подробно на всех ошибках, допускаемых в ходе этого, поскольку они слишком многоаспектны, остановимся только на типичных ошибках антиалкогольной пропаганды, поскольку это наиболее тесно связано с психологическим аспектом изучаемой проблемы.

**Антиалкогольная пропаганда**

 Во-первых, антиалкогольная пропаганда далеко не всегда соответствует возрасту, культурному и общеобразовательному уровню тех, на кого она направлена. Во-вторых, ошибкой является то, что обычно рисуют традиционный, плакатно-сатирический облик алкоголика: опустившийся, грязный, оборванный, с опухшим лицом, с сизым (или красным) носом, деградировавший морально и физически. Конечно, с одной стороны, такая картина вызывает отвращение и страх стать похожим, но с другой, каждый человек, злоупотребляющий спиртным, считает, что ему это не грозит, что он вполне способен контролировать свое состояние. Действительно, внешняя дистанция между больным в первой стадии и традиционным образом алкоголика огромна, поэтому человек долгое время не признает себя больным, даже уже испытывая болезненное влечение к алкоголю.

 Несовершеннолетние также обычно воспринимают перспективу алкоголизма как нечто нереальное, к ним не относящееся. Даже те из них, кто уже употребляет спиртное систематически, с презрением и насмешкой отзываются об алкоголиках, не допуская мысли о том, что они сами могут стать такими. Поэтому, говоря об опасности употребления спиртного, следует в первую очередь акцентировать внимание на возникновении алкогольной зависимости. Иначе, опираясь на информацию, полученную из традиционной антиалкогольной пропаганды, усвоив совсем иные критерии образа алкоголика, пьющие (а чаще не они сами, а их родственники) обращаются за медицинской помощью уже тогда, когда болезнь переходит во вторую стадию.

 Другим, психологически не обоснованным моментом антиалкогольной пропаганды среди несовершеннолетних является чрезмерное увлечение демонстрацией пагубного влияния алкоголя на здоровье. Обычно в лекциях и просветительских беседах красочно описывают последствия злоупотребления алкоголем. Подробно перечисляют все отклонения от нормы, которые обнаруживаются в печени, в сердце алкоголика, в функционировании его мозга, желудка и т. д. Однако такая информация обычно не производит впечатления на учащихся, они не воспринимают и тем более не усваивают ее. Это объясняется тем, что дети еще не имеют осознанной перспективы на будущее, они живут настоящим. Поэтому какие-либо неприятности со здоровьем, которые наступят потом, через несколько лет, их не пугают. Следует учитывать, что для подростка срок 5—8 лет — это целая жизнь, даже 2—3 года — очень далекая перспектива. Естественно, исходя из своего жизненного опыта, дети могут видеть, что отрицательные воздействия алкоголя на здоровье проявляются не сразу, а спустя довольно-таки продолжительное время, а нередко и вообще не проявляются. Тот факт, что большинство окружающих взрослых употребляют алкоголь без каких-либо видимых отрицательных последствий для здоровья, вызывает у детей сомнение в истинности антиалкогольной пропаганды вообще. Это сомнение усугубляется тем, что, попробовав спиртное, несовершеннолетний испытывает удовольствие, эйфорию (если нет передозировки). Коварность алкоголя состоит в том, что положительные субъективные эффекты его воздействия значительно опережают наступление отрицательных объективных последствий. Серьезные отклонения в здоровье, связанные со злоупотреблением им, возникают уже после формирования алкогольной зависимости.

 Надо учитывать также то, что понять, что значат болезни сердца, почек, печени, мозга и т. д., обычные здоровые дети просто не в состоянии. Адекватно воспринять такую информацию смогут только те, кто серьезно болен и на личном опыте прочувствовал это. Вообще забота о здоровье возникает у человека только с возрастом. В молодости же своего здоровья просто не замечают (как не замечают воздух, пока он есть), полагая, что так будет вечно. Поэтому правильно оценить и учесть информацию о вреде алкоголя для здоровья может только зрелая личность. Только в том случае, когда человек ориентирован на достижение важных жизненных целей, условием осуществления которых является его нормальное физиологическое и психологическое состояние, он будет избегать вредных воздействий алкоголя на организм.

 Но, к сожалению, сейчас у большинства подростков (да и молодежи) не сформированы высокие идеалы, устремления и ценности, ради которых они готовы отказаться от сиюминутных радостей. Если юноша или девушка считают, что их жизнь скучна, однообразна, неинтересна и что впереди не ждет ничего хорошего, а будет все то же самое, то у них закономерно возникает вопрос: «А для чего мне идеальное здоровье? Зачем? Чтобы жить сто лет? Не лучше ли прожить меньше, но зато в свое удовольствие?» В этом случае, естественно, все доводы о вреде алкоголя пропускаются мимо ушей, поскольку задача сохранения здоровья лишена конкретного смысла. Только на конкретном примере выбранной подростком деятельности ему можно доказать, почему употребление алкоголя несовместимо с ее достижением.

**Антиалкогольное и антинаркоманийное воспитание**

 Типичная ошибка антиалкогольного и антинаркоманийного воспитания - отождествление его с пропагандой. Считается, что чем больше учителя будут говорить о вреде алкоголя и наркотиков, чаще проводить лекции, диспуты, вечера вопросов и ответов на эту тематику, тем лучше поставлена в школе работа по борьбе с алкоголизмом. Однако реальное состояние дел не соответствует такому представлению. И дело не только в том, что пропаганда проводится плохо, а в том, что такая пропаганда является лишь частью антиалкогольного и антинаркоманийного воспитания.

 С чего же должен начинать учитель работу по предупреждению алкоголизма и наркомании у учащихся? Многие считают, что начинать ее надо с самого младшего возраста. Действительно, уже в младших классах можно предсказать, у кого из детей в дальнейшем, скорее всего, может сформироваться готовность к употреблению психоактивных веществ.

 Основными компонентами этой работы являются: изучение личности учащихся, особенностей их психического развития; изучение их семей с целью определения типа воспитания ребенка; выявление тех семей, где родители (или один из родителей, кто-либо из других членов семьи, проживающий в одной квартире с ребенком) злоупотребляют спиртными напитками.

 Нецелесообразно проводить фронтальные беседы о вреде алкоголя с младшими школьниками: у детей до 10—11 лет и так существует отрицательное отношение к спиртному (о чем говорилось выше). Поэтому для воспитывающихся в нормальных семьях эта информация будет излишней и, более того, может пробудить нездоровый интерес к алкогольным проблемам. Для детей же, которые воспитываются в пьющих семьях, такие беседы представляют дополнительную психотравму, что усугубит их и без того тяжелую ситуацию.

 Аналогично должна строиться пропаганда трезвого образа жизни и среди родителей: в зависимости от того, как они сами относятся к употреблению алкоголя, следует подбирать методы антиалкогольного воздействия и формы работы с ними.

 Исходя из того, что существуют психологические предпосылки возникновения алкогольной зависимости (о которых было сказано выше), изучение личностных особенностей учеников правомерно рассматривать как условие антиалкогольного воспитания. Педагогу следует, прежде всего, ознакомиться с личными делами своих воспитанников, чтобы иметь четкое представление об их состоянии здоровья, семейном положении (неполные, многодетные семьи), профессии и образовании родителей. Наблюдая за поведением ребят на уроках и переменах, можно сделать ряд выводов о том, кто из ребят повышенно возбудимый или, наоборот, заторможен, кто эмоционально неустойчив, у кого снижена работоспособность и т. д. Те дети, чьи психологические особенности совпадают с симптомами «группы риска», должны находиться под пристальным вниманием учителя. Необходимо вести дневник наблюдений за такими учениками, где будет фиксироваться динамика их психического развития, проявления отклонений в их успеваемости и поведении, их реакция на педагогические воздействия. На основании этих записей можно систематизировать свои впечатления о ребенке, дать прогноз его дальнейшего развития, в том числе и относительно употребления алкоголя.

 В подростковом возрасте учащиеся уже вполне способны воспринять информацию о вреде алкоголя и наркотиков. Особенно эффективно, если такая информация подается им ненавязчиво, косвенным образом. Например, в ходе изучения школьных предметов естественнонаучного цикла подростки должны узнать о биохимических свойствах этилового спирта, его психофармакологических функциях, о разрушающих последствиях употребления психоактивных веществ для психики. Предметы гуманитарного цикла помогут сформировать отрицательное отношение к алкоголизму и наркомании путем воздействия на эмоциональную сферу, через восприятие художественных образов, осмысление исторических реалий.

 Наряду с фронтальной антиалкогольной работой с учениками необходимо выявлять детей, личностно предрасположенных к алкоголизму и наркомании, поскольку к ним должны применяться специальные меры, направленные на преодоление психологической готовности к употреблению психотропных веществ.

 Поскольку подростки, как правило, утаивают свой наркотический опыт, им часто удается долгое время скрывать то, что они являются потребителями психоактивных веществ, и получается так, что помощь приходит слишком поздно. Потому-то и важно, чтобы рядом был внимательный и чуткий взрослый.

 Педагоги и родители постоянно контактируют с детьми и могут наблюдать изменения в их самочувствии, какие-то отклонения в поведении, учебе. Это может быть неожиданное снижение успеваемости, утрата интереса к ранее привлекательным учебным предметам; когда ребенок прекращает занятия в кружках, секциях, охладевает к спортивным занятиям; жалобы на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти; легкая отвлекаемость, неусидчивость, резкие перепады настроения и т. .1. Все это сочетается с углублением противоречий между подростком и взрослыми (родители, учителя), отклонениями в поведении вплоть до асоциальных поступков, хулиганских действий.

 Однако нужно помнить, что даже наличие одновременно всех этих проявлений еще не дает оснований для утверждения, что несовершеннолетний употребляет наркотики. Другое дело, если родители обнаружат у своего сына или дочери определенные соматические признаки: наличие следов уколов, чаще на предплечьях (характерно для наркомании с использованием опиатов), бурой окраски корня языка. Следует обратить внимание на неустойчивость артериального давления, тахикардию (учащенное сердцебиение), повышенную потливость, отсутствие реакции зрачков на свет, слезотечение, «гусиную» кожу, ломоту в костях и суставах и другие признаки.

 Приведенные выше сведения о том, что представляет собой наркомания, отчего начинается и как развивается эта тяжелая болезнь, к каким последствиям приводит, помогут педагогу в профилактической работе. Какова же роль учителя, воспитателя в решении этой сложной проблемы?

**Роль педагога**

 Деятельность педагога, прежде всего, должна быть направлена на профилактику употребления учениками алкоголя и наркотиков. Необходимы поиски оптимальных форм учебно-воспитательной работы с подростками, позволяющих сформировать социально ценные жизненные ориентиры, общественно полезные цели. Только целеустремленность, нравственная устойчивость подростка являются надежным иммунитетом в ситуациях риска наркопотребления.

 Основные задачи по профилактике наркомании состоят в преодолении психолого-педагогического и социально-психологического «фона» приобщения к наркотикам подростков. Пропаганда антинаркотических знаний сама по себе не может дать значительного положительного эффекта. Надежды лишь на просвещение в вопросах наркомании, на то, что методы убеждения автоматически приведут к отказу от употребления наркотических средств, психологически не оправданны.

**2. ЛИЧНОСТНАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ**

**К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Поиск методов диагностики личностной предрасположенности к алкоголизму и наркомании, по мнению большинства наркологов и психиатров, считается неразрешимой задачей. Они полагают, что невозможно учесть все аспекты такой предрасположенности, ведь даже отличить продром алкоголизма от начала уже собственно заболевания не так просто, особенно у подростков.

 Выявление феномена психологической готовности подростков к употреблению психотропных веществ вносит коррективы в эти представления. Личностный подход к проблеме алкоголизма и наркомании позволяет применить новые, качественно иные критерии определения предрасположенности к употреблению психоактивных веществ. Выяснение вопроса о том, какие личностные качества подростка, какие их особенности могут в дальнейшем стать отправным звеном возникновения такой предрасположенности, было предметом нашего специального исследования. Изучалось 3 группы подростков:

 1) «норма» — хорошо социально адаптированные подростки;

 2) «трудные» — социально дезадаптированные подростки, которые, однако, не замечены в употреблении психотропных веществ;

 3) экспериментальная группа — подростки, эпизодически употребляющие психотропные вещества (алкоголь, опий, гашиш и др.).

 Использовались проективные методы исследования личности, экспериментальная беседа. Надо отметить, что исследуемые подростки не считались больными, то есть у них еще не было ни психической, ни тем более, физической зависимости от психоактивных веществ. Отсутствие болезненной симптоматики являлось обязательным условием отбора испытуемых, поскольку (как говорилось выше) влияние алкоголя и наркотиков на психику уже на первой стадии (а тем более на второй) вызывает ряд изменений в личностных особенностях подростка, и в этом случае результаты психологических исследований отражают скорее закономерности влияния психоактивных веществ на личность, чем выявляют те личностные особенности, которые определяют психологическую готовность к алкоголизму и наркомании.

 Следующий момент, который необходимо оговорить, — сложность работы с данным контингентом. Если несовершеннолетние, злоупотребляющие алкоголем, довольно спокойно рассказывают о фактах злоупотребления, легкомысленно оправдывая при этом свое поведение, то подростки, эпизодически употребляющие наркотики, ведут себя совсем иначе. Они знают, что могут быть привлечены к уголовной ответственности, и поэтому всячески скрывают наркопотребление. Даже находясь в воспитательно-трудовой колонии (ВТК) или в специальном психоневрологическом диспансере (СПНД) для несовершеннолет-них1, они не сразу признавались в употреблении наркотиков, несмотря на подтверждающие это факты (например, шрамы на кубитальных венах, задержание органами милиции в состоянии наркотического опьянения или данные лабораторных исследований, свидетельствующие об употреблении наркотических веществ не более чем за 36 часов до задержания). Поэтому работа с такими подростками строилась на основе проективных методов исследования, а значительная часть информации была получена в ходе психотерапевтических мероприятий и в результате анализа документов (характеристики, заключения врачей, биографические данные и т. п.).

**Мотивационная сфера**

 Исследование структурных компонентов личности подростков, которые эпизодически употребляют алкоголь и наркотики, мы начали с изучения мотивационной сферы. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности, поскольку мотивы являются движущими силами деятельности и поведения. Результаты исследования свидетельствуют о том, что ведущие мотивы большинства наших испытуемых из экспериментальной группы отличаются бедностью содержания. Например, 79% подростков, рассказывая о своей жизни, о своих «хобби», отмечают в качестве любимых занятий пассивно-развлекательные виды деятельности: люблю сидеть и балдеть под музыку, люблю лежать и ни о чем не думать, люблю ничего не делать. Это подтверждается и размышлениями подростков относительно их будущего. Большинство (69%) на вопрос о том, как они представляют свое будущее, к чему стремятся, чего пытаются достичь в жизни, равнодушно пожимают плечами: не знаю, никогда об этом не думал, а зачем мне об этом думать? Некоторые дают ответы, отражающие ситуативные желания: купить мотоцикл, жить в таком месте, где бы не могла достать милиция, и т. п. При сравнении этих данных с рассуждениями подростков группы «норма», для которых характерны мотивы самосовершенствования и самореализации, создается впечатление, что их сверстники из экспериментальной группы живут в каком-то нереальном мире, не задумываясь над тем, что и для чего они делают, почему поступают так, а не иначе.

 Такая же картина и в отношении мотивов употребления алкоголя и наркотиков. Несмотря на то, что удалось установить хороший психологический контакт с подростками, и беседы проходили в атмосфере доверия и взаимопонимания, мы так и не смогли выяснить истинных причин, которые определили развитие их пристрастия к алкоголю или наркотикам. Например, 43% подростков объяснили, что начали употреблять психотропные средства потому, что это им нравится; 27% — потому что им было интересно испытать действие наркотических веществ; 24% — ничего не смогли ответить; 6% — не желали «отставать» от товарищей. Такие высказывания позволяют лишь фиксировать внешние, поверхностные мотивы. И это не случайно.

 Дело в том, что для осознания сложных, глубинных, реально действующих мотивов своего поведения человек должен иметь высокий уровень развития личности, определенные навыки самоанализа, стремление понять самого себя. Все это не присуще нашим испытуемым. Зачастую, даже искренне желая объяснить причины употребления алкоголя или наркотиков, они не в состоянии это сделать, поскольку сами их не осознают. Более того, именно невозможность осознания действительных причин своей наркотизации и служит основным препятствием в предупреждении и преодолении наркомании и алкоголизма. Это подтверждает и наркологическая практика, где одной из важнейших задач психотерапевта является помощь больному в осознании действительных (а не кажущихся) причин его наркотизации.

 Использование проективных методов исследования личности позволило нам выявить значительные отклонения в мотивационной сфере подростков экспериментальной группы.

 1. Направленность мотивационной сферы подростков, эпизодически употребляющих психотропные вещества, в сравнении с «нормой» значительно отличается. Обычных подростков побуждает к деятельности потребность в достижении успеха (благодарность, награда, похвала и т. д.). У подростков же из экспериментальной группы эта потребность заторможена (или совсем не развита), их побуждает к действию иная потребность — избежать наказания, осуждения, отрицательных эмоций и т. д.

 2. Даже потребность в новых впечатлениях, в одинаковой степени присущая всем подросткам, проявляется по-разному. У подростков группы «норма» ее проявление связано, прежде всего, с интеллектуальной активностью; у подростков, эпизодически употребляющих психотропные вещества, — с социальными девиациями, с экспериментированием, направленным на изменение своего состояния сознания.

 3. Обычные подростки рассматривают свою деятельность в качестве источника положительных эмоций. Подростки экспериментальной группы ожидают от своей деятельности только отрицательных эмоций.

 4. Подростки группы «норма» считают необходимым предусматривать результаты своей деятельности, анализировать последствия поступков, брать на себя ответственность за них. Подростки же экспериментальной группы не только не предусматривают результаты своих действий, но и вообще не чувствуют себя субъектом деятельности. По их мнению, все, что с ними происходит, не зависит от их воли и не является следствием их поведения. Жизнь они воспринимают как нагромождение случайных обстоятельств, которые невозможно преодолеть или избежать. Поэтому никакие усилия человека, по их мнению, не имеют смысла.

 Какое значение имеют отмеченные особенности мотивационной сферы личности для понимания сущности наркомании? Попытаемся объяснить.

 Напомним, что движущей силой жизнедеятельности человека являются потребности. Удовлетворение потребностей вызывает положительные эмоции. Человек, не имеющий отклонений в развитии личности, уже в подростковом возрасте хорошо сознает связь между своими действиями, удовлетворением своих потребностей и положительными эмоциями. Осознавая себя субъектом деятельности, подросток учится руководить обстоятельствами, поскольку знает, что от его действий в значительной мере зависит, будут положительные эмоции (удовлетворение, награда, похвала, радость) или нет.

 Совсем иное поведение свойственно подросткам, эпизодически употребляющим наркотики. Они не осознают себя субъектами собственной деятельности и потому считают, что не могут руководить обстоятельствами своей жизни, достичь положительных эмоций благодаря выполнению общественно значимых деяний. Однако потребность в положительных эмоциях не утрачивается, подросток стремится ощутить состояние удовлетворения, радости, но не видит путей достижения этого. Поняв, что такое состояние можно вызвать искусственно, он, не колеблясь, начинает употреблять психотропные вещества.

**Самосознание, образ «я»**

 «Я»-концепция человека так или иначе проявляется в расширенном описании себя. Анализируя такое описание, можно составить мнение о подсознательной мотивации самооценки. На этом и основывается использованный в исследовании «Тест двадцати утверждений об отношении к себе».

 Результаты анализа материалов эксперимента свидетельствуют о низком уровне осознания подростками экспериментальной группы качеств своей личности, отсутствии навыков самоанализа и тем более умения описывать себя. Даже легкое задание — ответить на вопрос: «Кто я?» — вызывает большие трудности. Сначала подростки не соглашаются говорить о качествах своей личности: «Разве это возможно — говорить о себе? Пусть другие скажут», «Я не знаю, какой я, разным бываю, в зависимости от настроения». Вероятно, такие ответы обусловлены не только низким уровнем развития самосознания, но и тем, что анализ собственной личности у таких подростков обычно связан с отрицательными эмоциями. Обычно трудновоспитуемые дети столько слышат об отрицательных чертах своего характера, что, естественно, просьба экспериментатора описать свою личность воспринимается ими как еще одно напоминание об их несоответствии социально ценным образцам. В связи с этим они настроены агрессивно, отвечают на вопросы с вызовом, иногда оскорбляются в ответ на настойчивость экспериментатора.

 Впоследствии, когда психолог устанавливал с ними хороший контакт, подростки начинали выполнять задания, но все равно оказывалось, что это им не по силам. Среди испытуемых 34% так и не выполнили задание, 58% — выполнили лишь на четверть, а остальные называли 8—10 качеств личности. Полностью выполнить требования, содержащиеся в методике, не смог ни один испытуемый.

 Таким образом, уже количественный анализ свидетельствует о значительных отклонениях в развитии самосознания подростков, эпизодически употребляющих наркотики и алкоголь. Качественный анализ дополняет и подтверждает его. Так, ответов, в которых подростки характеризуют себя как личность (то есть, свои качества, способности, чувства), у испытуемых экспериментальной группы оказалось в три раза меньше по сравнению с количеством высказываний, отражающих внешность или формальные сведения о себе. Например, подростки говорили: «Я — учащийся ПТУ, высокий, брюнет, худощавый...» Но практически никто из них не характеризовал себя с точки зрения своих личностных особенностей, как-то: добрый, общительный, доверчивый, любознательный, смелый и т. д.

 В процессе исследования использовалась также методика Хоппе - Серебряковой «Решение задач на сообразительность различной степени сложности», модифицированная нами в соответствии с задачами нашего исследования. Целесообразность применения этой методики в том, что она выявляет динамику отношений между субъективными компонентами самосознания: самооценкой и уровнем притязаний.

 Модификация методики состояла в следующем: обычно, в соответствии с инструкцией, испытуемые должны решать письменно задачи по математике. Но мы вместо этого предлагали им складывать узоры из кубиков. Это изменение связано с тем, что письменные задания на карточках ассоциируются у подростков с учебной деятельностью и вызывают у них ступор или отказ сотрудничать с экспериментатором. Если удавалось отмежеваться от ситуации школьного обучения, объяснить испытуемому, что методика выявляет сообразительность, естественную способность мыслить, интеллект, не связанный с успешностью обучения в школе, то его реакция была положительной, подросток начинал решать задания, при этом все его поведение свидетельствовало о высоком уровне мотивации достижения.

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

 Таким образом, структурные компоненты само- сознания подростков экспериментальной группы взаимодействуют противоречиво: даже при наличии высокой мотивации достижения они отказываются от избранной цели при встрече с малейшими трудностями. Такое поведение наблюдалось нами у 57% подростков, склонных к употреблению наркотиков и алкоголя. Боязнь неуспеха, нежелание даже попытаться преодолеть трудности свидетельствуют о невысоком уровне уверенности в своих возможностях.

**Противоречивость самооценки и**

**уровня притязаний**

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

 У обычных подростков такие результаты встречаются сравнительно редко и составляют 8—10%; у трудновоспитуемых, которые не употребляют психотропных веществ, — 16%; у подростков экспериментальной группы — 62%. Этот факт имеет принципиальное значение. Если у подростка завышенный уровень притязаний, но нет осознания своей неспособности достичь желаемого, то он, благодаря тому, что у него подсознательно «включается» механизм психологической защиты, может сохранять самоуважение и уверенность в себе. Если же механизмы психологической защиты не эффективны (нарушены или не сформированы), подросток осознает свое бессилие. Возникает ситуация, которая вызывает у него психическое напряжение, тяжелые болезненные переживания. Употребление наркотических веществ снимает все отрицательные эмоции, и подросток считает этот иллюзорный выход наиболее подходящим.

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

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

 Приведенные нами данные свидетельствуют о том, что особенности личности подростков, которые эпизодически употребляют наркотики и алкоголь, значительно отличаются по аналогичным параметрам от особенностей личности обычных и трудновоспитуемых подростков. В силу того, что указанные личностные особенности делают невозможным продуктивное разрешение жизненных проблем, они могут быть толчком для возникновения психологической готовности к употреблению психоактивных веществ. Выявляя эти особенности личности, мы можем определить подростков, предрасположенных к алкоголизму и наркомании.

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

 1) отсутствие мотивации достижения вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности; преобладание избегающей мотивации;

 2) низкий уровень развития самосознания, отсутствие навыков рефлексии;

 3) низкий уровень самоуважения, вплоть до неприятия образа «я», что, однако, может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку;

 4) самозащитный тип реакции на фрустрацию, детерминируемый неуверенностью в себе, что проявляется в отказе от деятельности при столкновении с малейшими трудностями;

 5) противоречивость самооценки и уровня притязаний, что приводит к алогичности и непоследовательности деятельности, связанной с преодолением препятствий;

 6) тенденция к уходу от реальности в стрессовой ситуации;

 7) экстернальный локус контроля;

 8) несформированность функции прогноза.

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

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

**4. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ «ГРУППЫ**

**РИСКА» АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

 Система диагностики личностной предрасположенности к аддиктивному поведению основана на следующих параметрах: 1) личностные особенности подростка; 2) особенности его психического развития (акцентуации, психопатии, ММД, ДВГ и пр.), на фоне которых формировались личностные особенности; 3) социальная ситуация развития ребенка (в частности, наличие и степень влияния алкогольного окружения); 4) генетическая предрасположенность, базирующаяся на алкогольной наследственности.

 Рассмотрим систему выявления и способы оценки этих факторов.

 Наличие алкогольного окружения и алкогольной наследственности устанавливают путем анализа документов, методом беседы с подростком и путем анализа результатов эксперимента. Наличие психопатий или акцентуаций характера выявляют аналогично, обязательно включая и данные, полученные в ответ на запрос в медицинские учреждения соответствующего профиля. Относительно личностных особенностей подростка можно судить по результатам экспериментального исследования, сопоставляя их с данными беседы и наблюдения.

 Таким образом, предлагаемый метод выявления личностной предрасположенности подростков к аддиктивному поведению представляет собой сочетание клинической и экспериментальной диагностики. Проводить психологическое обследование должен психолог, имеющий соответствующую подготовку. Время, затрачиваемое на его проведение, - от одного до полутора часов. Если подросток в силу своих личностных особенностей не может вовремя справиться с предлагаемыми ему методиками и становится очевидно, что он не успеет и за два часа, то лучше прерваться и продолжить на следующий день или позже (желательно, чтобы этот перерыв не превышал одной недели).

 Проводить обследование лучше всего по месту учебы подростка, представившись (если в данном учебном заведении нет штатного психолога), сотрудником Центра профориентации, либо Центра занятости населения. Очень важно, чтобы обследуемый не знал о истинной цели обследования, поэтому необходимо помимо него проконсультировать еще несколько человек (такое обследование может быть включено психологом в программу профконсультационной работы с подростками).

**Метод беседы**

 Первой задачей психолога в ходе беседы является установление хорошего контакта с подростком. Для этого необходимо соблюдать ряд обязательных условий: воздерживаться от оценочных суждений, то есть не критиковать высказывания подростка, не давать оценок его поведению, одежде, манере держаться; воздерживаться от пожеланий, советов и других способов влияния на поведение обследуемого (за исключением предъявления инструкции к экспериментальным методикам). Практически все вопросы, интересующие психолога, должны быть заданы в косвенной форме, а не прямо. Например, вместо того, чтобы спросить: «Ты считаешь хорошим свое ПТУ или плохим?», надо сказать: «Вот я тут говорил с ребятами, так одни хвалят ПТУ, а другие наоборот. Мне трудно понять, кто прав. Помоги разобраться». Вести беседу необходимо в спокойном, доброжелательном тоне, называть подростка по имени. Психологу надо иметь в запасе информацию на темы, интересующие подростков, которые следует включать в разговор в тех случаях, когда испытуемый держится очень скованно, не хочет вступать в контакт, либо никак не может освоиться в ситуации обследования, проявляет признаки тревоги и беспокойства. В ходе выполнения заданий по методикам ни в коем случае нельзя сообщать о его истинных результатах. Допускается только одобрение, а в случае затруднений в выполнении заданий — подбадривание. Если подросток настаивает на том, чтобы ему сообщили оценку выполненного им задания, нужно объяснить, что оценивается суммарный результат по всем методикам, который ему сообщат на следующий день.

 Вторая задача — выяснение (по возможности) характера и роли социального окружения. Делается это не только (и не столько) путем косвенных вопросов, а скорее путем анализа речи обследуемого, особенно наличия жаргонных слов, речевых оборотов, специального сленга, распространенного среди алкоголиков или наркоманов. При установлении хорошего контакта путем косвенных наводящих вопросов обычно удается узнать его субъективную оценку своего ближайшего социального окружения, интересы и ценностные ориентации, планы на будущее и отношение к своему прошлому, оценку своих поступков некоторых личностных качеств и себя в целом. Однако следует подчеркнуть, что все эти данные имеет смысл выяснять только в том случае, если с подростком установлен хороший контакт и обо всем он рассказывает сам, по своему желанию. Ни в коем случае, не "вытягивать" из него эту информацию. Необходимо учесть, что сведения, полученные в ходе беседы, могут служить лишь как материал для сопоставления с результатами, полученными другими методами, а не как достоверный источник информации.

 Третья задача психолога - создание и поддержание непринужденного свободного тона общения во время обследования. Беседа не должна занимать какого-то определенного места в последовательности предъявления методик, напротив, разговор с обследуемым должен носить связующий характер, как бы заполняя паузы между выполнением заданий. Под росток должен быть уверен, что основная цель его пребывания здесь - выполнение заданий, а беседа ведется просто так, из естественной потребности людей в общении. Именно поэтому мы и не оговариваем конкретных вопросов и тем более последовательность их предъявления. По этой же причине нельзя сказать и о количестве времени, затрачиваемом на беседу: вначале можно уделить 3-5 минут для знакомства с подростком и установления контакта с ним, далее ее нужно строить в зависимости от конкретной ситуации и в соответствии с требованиями, оговоренными выше.

**Метод наблюдения**

 Результаты применения метода наблюдения также следует использовать для сопоставления с другими данными. Анализ внешнего вида подростка позволяет сделать предположения о наличии алкогольной интоксикации в пренатальном периоде (специфические черты лица, отражающие алкогольный синдром плода); о возможном злоупотреблении алкоголем или другими психотропными веществами в настоящее время (особенности цвета лица, кожных покровов, слизистых оболочек и т. д.); о связи с асоциальными группировками, что проявляется в татуировках (в преступном мире и наркоманических группах они имеют свои значения), специфических деталях и внешности (например, определенная прическа означает принадлежность к определенной группировке); о благополучии семейной атмосферы (грязный, неряшливый вид или ухоженный); о материальной обеспеченности семьи.

 В ходе наблюдения надо обязательно фиксировать эмоциональное отношение подростка к ситуации обследования — интерес или равнодушие, тревогу или уверенность, скованность или непринужденность и т. п.; наличие невротических явлений — навязчивые движения, нервный тик, заикание и т. п. Необходимо также отмечать динамику психического состояния подростка, смену его настроения, обращая внимание на темы, вызывающие эмоциональный отклик. Следует проанализировать жесты подростка, его манеру держаться. Специфические задачи применения метода наблюдения в ходе выполнения испытуемым экспериментальных заданий будут оговорены ниже (конкретно по каждой методике).

 Важное значение имеет обстановка, в которой проходит обследование. Это должна быть отдельная комната, куда никто не мог бы войти. Разумеется, что все обследование проводится только индивидуально, в | комнате могут находиться только психолог и подросток. Если это происходит в школе, то желательно найти комнату, где не мешал бы шум из коридора. Не следует также сажать подростка лицом к окну, где в поле его зрения в любой момент могут попасть отвлекающие его внимание объекты.

 Порядок предъявления экспериментальных методик определен таким образом, чтобы создать оптимальные условия для работы подростка. Поэтому надо начинать с методик, в наименьшей степени затрагивающих «я»-концепцию испытуемого, а затем переходить к более личностно значимым.

 После анализа своих впечатлений от наблюдения и беседы, позволяющих составить первичное представление о наличии алкогольной наследственности и социальной ситуации развития подростка, психолог может приступить непосредственно к анализу результатов выполнения заданий.

**Порядок предъявления**

**экспериментальных методик**

 Первое экспериментальное задание — один из рисуночных тестов — методика "Несуществующее животное".

 Этот метод основан на теории психомоторной связи. Всякое представление (мысль, образ), возникающее в психике, заканчивается движением. Если реальное движение по какой-либо причине не осуществляется, то в соответствующей группе мышц суммируется определенное напряжение энергии, необходимое для ответного действия. Так, например, образы и мысли (представления), порождающие страх, вызывают напряжение в группах ножной мускулатуры и мышцах рук, поскольку это было бы необходимо в случае бегства или защиты. Движение, в свою очередь, имеет направление в пространстве: удаление, приближение, наклон, подъем и т. д. При выполнении рисунка лист бумаги представляет собой модель пространства, поэтому, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, то есть возникшую тенденцию. Таким образом, тест «Несуществующее животное» относится к проективным и представляет собой разновидность миокинетических методов.

 Для проведения эксперимента необходим белый или слегка кремовый стандартный лист бумаги (не глянцевый) и простой карандаш средней мягкости круглого сечения. Лист бумаги следует расположить вертикально перед обследуемым. Затем, объяснив, что вы хотите проверить его творческие способности, компонентом которых является умение фантазировать и оригинально мыслить, психолог произносит инструкцию: «Придумайте и нарисуйте несуществующее животное или любое другое существо, которого нет в природе. Не стоит рисовать сказочных персонажей, которые уже известны — Змея-Горыныча, Кощея Бессмертного, Чебурашку и т. п. Придумайте нечто совершенно новое, свое».

 Если обследуемый не хочет рисовать, ссылаясь на свои плохие способности к художественному творчеству, нужно пояснить, что умение рисовать не имеет значения. Он может изобразить любые сочетания линий, ведь все равно он рисует то, чего нет в действительности, поэтому рисунок не может быть плох или хорош, его просто не с чем сравнить в реальности.

 По окончании рисования нужно уточнить назначение непонятных деталей рисунка, если таковые имеются, и попросить придумать имя изображенному существу, после чего задать ряд вопросов, касающихся образа жизни этого существа:

 1) Чем питается животное?

 2) Живет ли оно в стаде, семьей, в одиночку?

 3) Как ведет себя в случае опасности, если кто-то на него нападает?

 4) Кого оно боится, кто его враги?

 5) Кто его друзья?

 Следует обратить внимание на такие показатели:

 1) наличие в рисунке элементов татуировок, распространенных среди наркоманов, либо изображений шприца, иглы, маковых головок и т. п.;

 2) отсутствие на рисунке опорных частей (лап, ног, постамента и т. п.), либо отсутствие линий, соединяющих их с телом;

 3) «вмонтированные» в живую ткань существа предметы (например, электрическая лампочка вместо носа, антенна, «растущая» из головы, два шприца вместо ног и т. п.);

 4) наличие алкогольно-наркотической тематики в ответах на вопросы либо в названии животного (например: «живет в конопле», «питается таблетками»; имя — «планокур», «макоед» и т. п.).

 Второе экспериментальное задание. Предъявляется мотивационный тест Хекхаузена, состоящий из 6 картинок, на которых изображены производственные или учебные ситуации. Испытуемому выдается по одной картинке (в порядке их нумерации). Каждая следующая картинка предъявляется после того, как составлен рассказ по предыдущей. Ответы испытуемого могут быть не только письменными, но и в устной форме. Ответы в письменной форме дают больше информации об уровне интеллекта, грамотности, учебных навыках обследуемого, однако если тот с неохотой относится к выполнению теста, можно предложить ему отвечать в устной форме. В этом случае обследующий сам конспективно записывает рассказ, составленный испытуемым, отмечая, прежде всего, те моменты, которые будут оцениваться при анализе результатов.

 В ходе составления испытуемым рассказа не следует ему задавать наводящие вопросы. Можно только напомнить пункты плана рассказа. При этом третий пункт плана («Что думает, что чувствует каждый изображенный на картинке человек, чего он хочет?») надо напоминать только до выполнения третьей картинки. Если после третьей картинки испытуемый все равно забывает ответить на этот пункт, то это свидетельствует о низком уровне способности к самоанализу, нежелании давать себе отчет в своих действиях, задумываться над своими поступками.

 Третье экспериментальное задание. Предъявляется тест фрустрации Розенцвейга. Инструкция и обработка проводится в соответствии с общепринятой, изложенной в литературе.

 Четвертое экспериментальное задание. Предъявляется опросник Леонгарда-Шмишека, выявляющий типы психопатий и акцентуаций характера.

 Пятое экспериментальное задание. Предлагается методика ТАТ в модификации Л.Н. Собчик (рисуночный вариант).

 Шестое экспериментальное задание. Проводится в виде стандартизованной беседы, разработанной в соответствии с методикой «Жизненный путь личности.

 Как правило, уже к пятому экспериментальному заданию (а тем более к шестому) между психологом и обследуемым устанавливается хороший контакт, поэтому подросток сам «выходит» на темы, которые для него личностно значимы. Так, например, он рассказывает о сложностях во взаимоотношениях с родителями (друзьями, одноклассниками), о различных событиях, сыгравших роль в его жизни, в том числе и об употреблении алкоголя, наркотиков («...Вот здесь было плохое событие — попал в милицию. Мы в подвале сидели, в карты играли, потом выпили, «косячок» по кругу пустили — кайф! А тут милиция...»).

 Седьмое экспериментальное задание. Предъявляется методика «Тест 20 утверждений на самоотношение.

 Восьмое экспериментальное задание. Предлагается модифицированная нами методика Хоппе - Серебряковой «Решение задач на сообразительность различной степени сложности».

 Применение метода диагностики позволяет своевременно выявлять подростков "группы риска" и целенаправленно осуществлять коррекцию личностных особенностей подростков, склонных к аддиктивному поведению.

**2. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА**

**С ПОДРОСТКАМИ «ГРУППЫ РИСКА»**

 К подростковому возрасту, по мере завершения процесса формирования самосознания, дезадаптивные формы поведения детей «группы риска» проявляются все более явно. Те дети, у которых в младшем школьном возрасте отмечался синдром детской гиперактивности, когнитивный дефицит, задержки психического развития и другие отклонения, по мере взросления чаще всего становятся делинквентными подростками с аддиктивным поведением. Те дети из алкогольных семей, которые в младшем школьном возрасте развивались без особенностей, становясь подростками, тоже нередко обнаруживают психопатоподобные черты характера и другие признаки социально дезадаптивного поведения.

 Психокоррекционная работа с детьми «группы риска» в подростковом возрасте имеет свою специфику. Если для детей от 5 до 10 лет основные цели психокоррекции - смягчение невротических реакции и синдрома детской гиперактивности, преодоление когнитивного дефицита, устранение чувства вины и стыда, повышение самооценки, развитие самоуважения, то для подростков они определяются развитием факторов защиты от аддиктивного поведения. Факторами защиты от злоупотребления психотропными вещества являются:

 — ощущение себя субъектом своей жизнедеятельности, интернальный локус контроля;

 — позитивная концепция «я»-образа, самоприятие, самоуважение, отсутствие комплекса неполноценности;

 — ориентация на достижение (достигающая мотивация);

 — адекватные навыки коммуникации;

 — наличие среди ближайшего окружения людей, которые могут оказать психологическую поддержку;

 —- отсутствие алкогольной (наркоманической) социальной микросреды;

 — информация о причинах, признаках и сути химической зависимости, наличие знаний об алкоголизме как о семейной болезни.

 Приведенные факторы могут стать реально действующими при условии систематической работы с подростками «группы риска».

**Зарубежный опыт**

 За рубежом накоплен значительный опыт помощи детям всех возрастов, которые воспитываются в семьях, отягощенных алкогольной зависимостью. Так, например, в США имеется множество психокоррекционных программ, рассчитанных на 8—12 недель (1 занятие в неделю). Есть специальные летние и зимние лагеря отдыха для детей из семей алкоголиков, группы поддержки, где им помогают научиться конструктивно решать свои проблемы, восстановить «мостик доверия» к взрослым, удовлетворить потребность во внимании, теплых эмоциональных взаимоотношениях.

 Психокоррекционную работу с детьми из алкогольных семей осуществляют профессионалы. Имеются специальные учреждения, в которых готовят таких специалистов (Ратгеровский университет в штате Нью-Джерси, Летняя школа по проблемам алкоголизма и др.).

 В США с 1982 года существует специальный фонд «Дети алкоголиков», который обращает внимание общественности и правительства на данную проблему, способствует проведению научных исследований и подготовке специалистов, выпускает различную популярную и научную литературу.

 Начиная с 1957 года функционируют группы самопомощи «Ал-Атин». Эти группы объединяют только подростков, так как они чувствуют себя комфортнее, когда собираются вместе с ровесниками. Первые группы «Ал-Атин» начали формироваться в Калифорнии. Сейчас в мире насчитывается более 3500 таких групп.

 «Ал-Атин» — это часть группы «Ал-Анон», которая в свою очередь является частью движения АА (анонимные алкоголики)1. Здесь та же философия, те же традиции, такие же формы проведения собраний-встреч. Инициатором создания группы «Ал-Атин» может быть заинтересованный член АА, либо школьный психолог-консультант, социальный работник, священник, если он знаком с проблемой.

 В ходе занятий подростки усваивают содержание 12 шагов и 12 традиций, построенных по аналогии с программой АА. Кроме этого они в доверительной манере обсуждают свои специфические проблемы. Например, темы для обсуждения могут быть следующими: «Как твоя домашняя ситуация влияет на учебу?», «Разрешаешь ли ты своим друзьям высмеивать твоих родителей?», «Пробовал ли ты спиртные напитки? Сможешь ли ты распознать у себя признаки алкоголизма?», «Можешь ли ты быть счастливым в своем доме, используя все, чему научился в «Ал-Атине», даже если твой родитель продолжает пить?» и т. п.

 Длительность пребывания подростка в «Ал-Атине» (количество встреч) не регламентировано; любой подросток из семьи алкоголиков может бесплатно и анонимно посещать собрания группы столько, сколько он считает нужным. Такая организация деятельности групп «Ал-Атин» позволяет решить проблемы идентификации, то есть выявления подростков из алкогольных семей. Поскольку с алкоголизмом в общественном сознании сочетается отрицательная стигматизация (то есть печать порока, позорное клеймо), то самоидентификация возможна только при условии гарантии полной анонимности, что и соблюдается в «Ал-Атине».

 Не менее серьезно относятся в США и к проблемам взрослых, имеющих детский опыт жизни в алкогольной семье. Взрослые дети алкоголиков, даже если они смогли социально адаптироваться, испытывают серьезные личностные проблемы.

**Психокоррекция для подростков**

**«группы риска»**

 Учитывая наши культурологические традиции и особенности менталитета, группы самопомощи для взрослых детей алкоголиков или для подростков вряд ли возникнут у нас в обозримом будущем. Поэтому обратимся к рассмотрению более реальной перспективы: профессиональной психокоррекционной работе с подростками «группы риска» аддиктивного поведения.

 Приступая к работе, психолог всегда должен помнить, что главное в отношениях с подростком — это взаимное уважение и доверие. То, что он говорит, должно оставаться тайной. Его проблемы могут быть обсуждены с родителями и педагогами только по просьбе и с согласия самого подростка. Утрата доверия, разглашение тайны, пусть невольное, может стать большой психологической травмой и привести к непредсказуемым последствиям.

 При выявлении общепсихологических особенностей подростка нужно обратить внимание на наличие акцентуации характера, систему самооценок и взаимооценок, мотивационную структуру личности. Обязательно исследование процессов мышления. В случае обнаружения искажений процессов мышления психологическая коррекция недопустима, необходима консультация психиатра.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Короленко И. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. Новосибирск: Наука, 1987.
2. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Дворяк С. В., Глушников В. А. Наркомании у подростков. Киев: Здоровья, 1989.
3. Максимова Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000
4. Аналітичний огляд "СНІД в Україні", випуск 1(3), 2003