**Введение**

Употребление алкоголя и табака – неотъемлемый элемент образа жизни, культуры, быта большей части населения во многих странах мира, в массовом сознании оно воспринимается как социально приемлемое явление. Алкоголь доставляет удовольствие, дает возможность поднять настроение, расслабиться, отвлечься, снять напряжение. Кроме того, алкоголь способствует выполнению функции социализации (гостеприимство, доброжелательность, проявление доверия), это непременный атрибут важных жизненных событий.

Но, по данным Всемирной организации здравоохранения, злоупотребление алкоголем является третьей по частоте (после сердечно – сосудистых и онкологических заболеваний) причиной смертности. Оно увеличивает риск заболевания циррозом печени, некоторыми видами рака, сердечно – сосудистыми заболеваниями, психическими расстройствами, и в целом приводит к сокращению ожидаемой продолжительности жизни. Употребление алкоголя увеличивает риск нанесения вреда и здоровью других людей: травмы, насилия, убийства, возникновению семейных, трудовых, социальных проблем. **[**1**].**

Трансформация российского общества, произошедшая за последние пятнадцать лет, отразилась не только на экономической, но и на общественной жизни. Демографическая ситуация, характеризующаяся увеличением смертности, заболеваемости, вызвала уменьшение доли детей и подростков в структуре населения. [1]. Подростки России переживают кризисную социально – психологическую ситуацию. Разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых форм психологической и социальной адаптации происходит хаотично, бессистемно, лавинообразно. Подростки утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют требуемых жизненных навыков, которые позволяли бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый стиль жизни.

Современная социальная ситуация привела подростков к необходимости принять на себя ответственность за свое будущее. В то же время, многие, находясь под воздействием интенсивных и непрерывно возрастающих стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению, и вследствие этого психоэмоционального напряжения возникают различные формы саморазрушающего поведения, в первую очередь – употребление алкоголя, наркотиков, других видов психоактивных веществ.

В целях предотвращения негативных последствий употребления алкоголя, наркотических веществ на федеральном и региональном уровнях разработаны и действуют ряд нормативных документов, ограничивающих производство, продажу алкогольной продукции и наркотических веществ, предусматривающих ответственность за:

1. Незаконный оборот наркотических веществ, психотропных веществ и их аналогов. (ст.6.8) [11].
2. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. (ст.6.9) [11].
3. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, спиртных или одурманивающих веществ. (ст. 6.10) [11].
4. Пропаганду наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. (ст.6.13) [11].
5. Производство либо оборот этилового спирта, алкогольной или спиртосодержащей продукции, не соответствующей требованиям государственных стандартов, санитарным и гигиеническим нормативам.(ст.6.14) [11].
6. Нарушение правил оборота веществ, инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ.(ст.6.15) [11].
7. «Закон об ограничении курения табака».
8. Президиум правительства утвердил увеличение с 2009 года акцизов на сигареты и папиросы на 20 и 28 % cоответственно.
9. Указ президента РБ от 22.12.2006г «Об утверждении программы по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в РБ на 2007-2009 годы.

Тем не менее, опрос 2002года, проведенный среди учащихся VII, IX, XI классов Московских общеобразовательных школ, направленный на изучение девиантного поведения, на изучение поддержания здорового образа жизни, дал следующие результаты [48].

**Рис. 1.** **Возрастная динамика учащихся, приобщенных к курению, употреблению алкоголя (раз в неделю и чаще) и наркотиков, % от общего числа опрошенных.**

 Анализ качества жизни населения и потребления алкоголя в современной России дал следующие результаты по расчету объема и динамики потребления алкоголя населением 15 лет и старше в 1994 -2002 г.г.. [52].

***Объем и динамика потребления алкоголя населением 15 лет и старше в 1994 – 2002 г.г.,всего на душу населения:***

1. ***напитков;***
2. ***чистого алкоголя в год, л.***

 ***таблица 1***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Объем потребления алкоголя |  1994 |  1996 |  1998 |  2000 |  2002 |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| На душу населения | 45,9 | 11,2 | 43,9 | 11,0 | 40,6 | 9,9 | 59,5 | 15,2 | 67,9 | 15,4 |
| В том числе на одного мужчину | 89,5 | 22,5 | 86,6 | 22,4 | 77 | 19,2 | 116,6 | 30,6 | 129,0 | 30,6 |
| На одну женщину | 11,9 | 2,3 | 11,4 | 2,4 | 12,9 | 2,8 | 17,3 | 3,8 | 23,2 | 4,3 |

Статистика Роспотребнадзора 2007 года утверждает, что за последние двадцать лет количество курильщиков возросло на 440 тысяч. Курят 60 % мужчин, около 30 % женщин, в возрасте 15-19 лет курят 40 % юношей, 7 % девушек, что составляет три с лишним миллиона подростков.

 Таким образом, из выше изложенного вытекает *противоречие между «заказом» общества на воспитание подростков, не отягощенных алкогольной и наркотической зависимостью и малой эффективностью форм и методов профилактики алкоголизма и наркомании.*

Выявленное противоречие позволило сформулировать *проблему нашего исследования, которая заключается в теоретическом обосновании методов профилактики алкоголизма и наркомании и разработке практических аспектов изучаемой проблемы.*

*Объект исследования:* психологические и физиологические особенности развития подростков, лежащие в основе употребления алкоголя и наркотиков.

*Предмет исследования:* профилактика алкоголизма и наркомании среди подростков.

*Цель исследования:* теоретически обосновать и разработать эффективные методы профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.

 *Задачи исследования:*

1. Провести аналитический обзор литературы по проблеме профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.
2. Подобрать и апробировать диагностические методики по изучению методов профилактики алкоголизма и наркомании у подростков.
3. Разработать комплекс мероприятий по профилактике алкоголизма и наркомании среди подростков.

*Теоретико – методологической основой исследования является*:

1. Возрастная классификация Ж.Пиаже;
2. Возрастная классификация Д.Б. Эльконина.

*Методы исследования:*

1. Теоретические: анализ литературы, обобщение, систематизация данных.
2. Практические: тестирование.

Теоретическая и практическая значимость данного исследования состоит в изучении видов, способов, методов профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков и их практическом применении с целью повышения эффективности профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.

 Экспериментальной базой исследования послужило Муниципальное общеобразовательное учреждение «Лицей № 8» городского округа город Салават Республики Башкортостан. Данное образовательное учреждение работает по общеобразовательным программам. Численность учащихся по состоянию на 1.12.2007 г. 650 человек. Исследуемых 5 человек.

Данная курсовая работа состоит из: введения, двух глав, заключения.

 **Глава I.**

**Теоретические аспекты по проблеме профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.**

* 1. ***Виды, стратегии и направления профилактики алкоголизма и наркомании.***

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ — одно из важнейших и эффективных исправлений профилактики неинфекционной патологии.

С конца XIX — начала XX века вопросы лечения и про­филактики алкоголизма все чаще становились предме­том дискуссий медицинской общественности, прогрессив­ной части русского общества. Осознавалась потребность в эффективных средствах лечения алкоголизма, посколь­ку стала очевидной бесполезность борьбы с ним при по­мощи настоя лягушек, сырого мяса, вегетарианства, на­стоя красной хины, ореха кола, примешивания алкоголя ко всем блюдам, турецких бань и прочих подобных «ле­карств».

Русские врачи при лечении алкоголизма стали ши­роко использовать гипнотерапию. В то же время приводились многочисленные данные о ее малой эффек­тивности. Ф. Е. Рыбаков, основываясь на своих наблю­дениях, писал в 1898 г., что «прочное излечение при помощи гипноза получается, по-видимому, довольно ред­ко» и возвраты к злоупотреблению алкоголем «сравни­тельно часты». Со временем слава гипноза как терапев­тической методики блекла, применение сужалось, усту­пая место «рациональной психотерапии» по Дюбуа. [46].

В трудах В. П. Сербского в 1906 г., А. Л. Мендель­сона в 1910 г. подчеркивалось, что имеет место внуше­ние, эффективность которого обеспечивается внушени­ем извне, самовнушением и определяется личностными особенностями больных. По поводу рекламы этого спо­соба лечения и подобных ему С. Успенский в 1912 г. за­мечал, что склонность к злоупотреблению алкоголем «не может быть устранена парою каких-нибудь рекламируе­мых пилюль или какими-нибудь секретными микстура­ми». Она побеждается «только силою воли и непоколе­бимым терпением». «действовать психически на испорченную нравственность человека, подвергшегося белой горячке, особливо для предотвращения пагубных возвратов оной, столь же нужно, сколь необходимо бывает таковому больному давать лекарства». [46].

Систематической разработкой вопросов психотерапии больных алкоголизмом занимался М. Магазинер. В 1837 году в Санкт-Петербурге вышла его книга «О надежнейшем врачебном способе отучать людей от пьянства и запоя и лечить его», в ко­торой автор выделяет два условия отучения больного от пристрастия к пьянству: «Убедить его, чтобы он совер­шенно отрекся от неумеренного употребления спиртных напитков..- заменить спиртные напитки другим питьем, к которому он так же пристрастился бы...» В качестве такого средства автор предлагал кофе. «По нашему убеждению,— писал он,— нет вернейшего и истинно спе­цифического средства против пьянства, как только твер­дая воля отречься от неумеренного употребления спир­товых напитков. Опыты показали, что твердая воля, ру­ководимая здравым рассудком, имеет такую силу над душой и телом, что она не только предохраняет челове­ка от болезней, но даже лечит их. Поэтому судят слиш­ком односторонне те, которые решительно отрицают возможность отучения от пьянства».[51].

Значительное влияние на лечение больных алкого­лизмом оказали взгляды ведущих отечественных психи­атров и наркологов.

Начиная с 1912 г. В. М. Бехтеревым разрабатыва­лась система коллективной психотерапии больных алко­голизмом. Три основных элемента этого метода:

1)убеждение больных в процессе психотерапевтической беседы в пагубности употребле­ния алкоголя и необходимости полностью отказаться от него;

2)гипнотическое внушение;

1. обучение элементам са­мовнушения, самоутверждения.

 Одним из важнейших элементов разработанной «триады В. М. Бехтерева» является опосредованное влияние боль­ных друг на друга. Применение этого элемента было расширено последователями В. М. Бехтерева.[51].

К. К. Спицыным в 1926 г. была разработана мето­дика массовой психотерапии больных алкоголизмом, со­стоящая из шести этапов. Первый этап — «исповедь» больного. На втором этапе жена больного откровенно рассказывает о жизни своего мужа, делая акцент на негативных влияниях злоупотребления алкоголем. На этих двух этапах между больными происходит обмен мнениями, дискуссия. Третий, четвертый и пятый этапы представляют собой «триаду В. М. Бехтерева», а заклю­чительный, шестой этап — соматический осмотр больных, назначение лекарств и оказание помощи в решении се­мейных и производственных проблем. Курс психотера­пии длился месяц, занятия проводились два раза в не­делю по 1,5—2 часа каждое. В группы включалось 15—20 больных, различающихся по тяжести алкоголиз­ма и другим характеристикам.

В дальнейшем усовершенствовалась и методика кол­лективной психотерапии. Беседы проводились в боль­шей мере, с ориентацией на взаимовоздействие между больными, для чего на занятия приглашались больные, длительно воздерживающиеся от употребления алкого­ля. Количество бесед увеличивалось до 12—15. Расши­рялась их тематика, включавшая обсуждение сущности алкоголизма и его последствий, причины и условия, спо­собствующие его развитию, освещалась роль особенно­стей личности в происхождении алкоголизма.[51].

В целях предупреждения злоупотребления алкоголем и профилактики употребления наркотиков важно проводить профилактические мероприятия.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и дру­гих психоактивных веществ может быть первичной, вторичной и третичной. Рассмотрим каждую из них.

***Первичная профилактика*** наркомании и алкоголизма имеет це­лью предотвратить возникновение нарушения или болезни, пре­дупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими пу­тями: а) развитие и усиление мотивации на позитивные измене­ния в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с кото­рой он взаимодействует;

б) направление процесса осознания ин­дивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных про­явлений своей личности, окружающей его среды;

в) усиление адап­тационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресур­сов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни;

 г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их умень­шения;

д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самоосознанием, поведением, изменением, развитием);

е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика алкоголизма и наркомании прово­дится посредством нескольких стратегий.

*Первая стратегия —* информирование населения о пси­хоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, пси­хику и поведение человека) и формирование мотивации на эф­фективное социально-психологическое и физическое развитие.

*Вторая стратегия —* формирование мотивации на соци­ально-поддерживающее поведение.

*Третья стратегия —* развитие протективных факторов здо­рового социально эффективного поведения.

*Четвертая стратегия* — развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

В приведенных выше стратегиях используются специальные тех­нологии.

*Социальные и педагогические технологии первичной профилак­тики:*

— воздействие средств массовой информации;

— антинаркотическое обучение;

— использование альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;

— создание социально-поддерживающих систем (социаль­ные службы, клубы, молодежные организации и т.д.);

— проведение антинаркотических мотивационных акций;

- организация деятельности социальных работников и волонтеров;

- деятельность системы ювенальной юстиции.

*Психологические технологии первичной профилактики:*

- развитие личностных ресурсов;

- формирование социальной и персональной компетентности;

- развитие адаптивных стратегий поведения;

- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических осбенностей и их коррекции на медицинском уровне.

Рост числа потребителей психоактивных веществ и лиц, про­являющих поведение риска — социального резерва роста заболе­ваемости алкоголизмом и наркоманией, определяет поле воздей­ствия вторичной профилактики.

***Главная цель вторичной профилактики*** — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Вторичная профилактика алкоголизма и наркомании осуще­ствляется с применением различных стратегий.

*Первая стратегия —* формирование мотивации на изме­нение поведения.

*Вторая стратегия* — изменение дезадаптивных форм по­ведения на адаптивные.

*Третья стратегия —* формирование и развитие социаль­но-поддерживающей сети.

В этих стратегиях используются специальные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

— формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;

— формирование мотивации на изменение поведения;

— развитие проблем - преодолевающего поведения;

*Психологические технологии:*

— преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний

— осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;

— развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем - преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);

— анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентаций когнитивного развития, интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медицинские технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

***Третичная профилактика*** наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Третичная профилактика алкоголизма и наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

*Первая стратегия —* формирование мотивации на изме­нение поведения, включение в лечение, прекращение употребле­ния алкоголя, наркотиков или других психоактивных веществ.

*Вторая стратегия* — изменение зависимых, дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

*Третья стратегия* — осознание ценностей личности.

*Четвертая стратегия —* изменение жизненного стиля.

*Пятая стратегия* — развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.

*Шестая стратегия* — формирование и развитие социаль­но-поддерживающей сети.

В этих стратегиях используются различные технологии.

*Социальные и педагогические технологии:*

- формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;

- формирование мотивации на изменение поведения, прекра­щение употребления психоактивных веществ и постоянное под­держание процесса продвижения к здоровью;

- развитие навыков копинг-поведения, социальной компе­тентности, преодоления искушения наркотизации или алкого­лизации;

- формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддержи­вающих сетях.

*Психологические технологии:*

- осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нрав­ственных ценностей;

- осознание личных целей и путей их достижения;

-осознание влечения и зависимости;

 - формирование копинг-стратегий преодоления влечения и за­висимости;

- изменение жизненного стиля в целом;

- развитие коммуникативной и социальной компетентности;

- развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;

-развитие личностных ресурсов совладания с зависимостью.

Медицинские технологии заключаются в грамотном психофар­макологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физи­ологического равновесия.

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в об­ществе, разделяются на ряд направлений:

— профилактика в учебных заведениях (школьные программы);

— профилактика, основанная в семье (семейные и родитель­ские программы);

— профилактика в организованных общественных группах на­селения;

— профилактика с помощью средств массовой информации;

— профилактика, направленная на группы риска в учебных за­ведениях и вне их;

— систематическая подготовка специалистов в области профи­лактики;

— мотивационная профилактическая работа;

— профилактика рецидивов;

— терапия социальной средой;

— профилактика последствий, связанных с употреблением пси­хоактивных веществ.

В соответствии с этими стратегиями строятся профилактиче­ские программы.

* 1. **Физиологические, психологические особенности развития подростков, лежащие в основе алкоголизма и наркомании. Факторы риска.**

 Употребление психоактивных ве­ществ — это проблема, связанная с особенностями индивида, ок­ружающей его среды и с характером взаимодействия между ними. Обследования, проводящиеся в различных регионах мира, показы­вают, что многие подростки подвержены риску формирования у них наркотической и алкогольной зависимости, глубоким личностным и психосоциальным расстройствам, таким, как ювенильная депрессия, суицидальное девиантное и делинквентное поведение, алкоголизм и наркомания. Поэтому, опреде­ляя причины употребления психоактивных веществ подростками и молодежью, мы прежде всего имеем в виду специфический фено­мен, представляющий собой совокупность самых разных проблем, таких, как семейное неблагополучие, а также нарушения комму­никации в семье и в среде сверстников, уходы из дома, плохая успеваемость и прогулы, ранняя беременность и др. Как правило, психоактивные вещества употребляют подростки с различными на­рушениями психики и поведения или с физическими недостатка­ми [Личко А.Е., Битенский B.C., 1991]. Исходя из этого, очевидна необходимость комплекса превентивных мер с целью предотвра­щения негативных исходов и усиления позитивных результатов раз­вития человека.

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков или алкоголя, называются фак­торами риска употребления психоактивных веществ. Обстоятель­ства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребите­лем психоактивных веществ, называются факторами защиты (протективными факторами) от риска употребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп или для определенной обществен­ной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоактив­ного вещества. Так, факторами риска употребления психо­активных веществ могут быть:

- проблемы, связанные с физическим или психическим здо­ровьем;

- употребление родителями психоактивных веществ;

- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабиль­ность, низкий уровень дохода в семье;

- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий уровень интел­лекта, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);

- ранняя сексуальная активность, подростковая беремен­ность;

- проблемы межличностного общения в семье, в школе, в среде сверстников;

- регулярное общение со сверстниками, употребляющими пси­хоактивные вещества, отсутствие устойчивости к их негативному влиянию;

- невысокое качество медицинской помощи;

- недоступность служб социальной помощи;

- высокий уровень преступности в регионе. Факторами защиты от риска употребления психоактив­ных веществ, или протективными факторами, могут быть:

- стабильность и сплоченность, адекватное воспитание и теп­лые, доверительные отношения в семье;

- средний и высокий уровень дохода в семье, обеспеченность жильем;

- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного ре­шения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, устой­чивость к негативному влиянию сверстников, умение контроли­ровать свое поведение;

- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, фи­зическое и психическое благополучие;

- соблюдение общественных норм в употреблении психоак­тивных веществ;

— высокое качество медицинской помощи;

— низкий уровень преступности в регионе;

— доступность служб социальной помощи.

Обычно человек начинает употреблять психоактивные веще­ства под воздействием не только одного фактора. В течение жизни на индивида воздействует совокупность факторов риска и факто­ров защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции, т.е. поведения, ведущего к формиро­ванию зависимости от психоактивных веществ.

Исследованиям факторов риска употребления психоактивных веществ посвящен ряд отечественных и зарубежных исследований. Н.А.Сиротой [1990] разработана классификация факто­ров риска возникновения и развития наркомании в подрост­ковом возрасте.

1. Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности:

— патологически протекавшая беременность у матери;

— хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;

— хронические и острые тяжелые психические травмы в пери­од беременности;

— патологически протекавшие роды;

— задержки нервно-психического развития в раннем воз­расте;

— нервно-психические отклонения в раннем детстве.

2. Факторы наследственной отягощенности:

— психические заболевания;

— алкоголизм;

— наркомания.

3. Факторы нарушенного онтогенеза:

— черепно-мозговые травмы;

— психотравмы;

— тяжелые соматические заболевания.

4. Различные нарушения отношений в семье и семейного воспи­тания:

— неполные, распавшиеся семьи;

— отсутствие семьи;

— деструктивные семьи;

— воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции (в том числе в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками);

— психопатологические личностные или акцентуированные ха­рактерологические особенности родителей.

5. Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:

— формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарас­тающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;

— избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;

— формальное отношение к внутрисемейным проблемам, иг­норирование их;

— снижение успеваемости;

— нарушения школьной дисциплины;

— неполноценность коммуникативных контактов (поверхност­ное, недифференцированное межличностное общение);

— конфликтность в отношениях со сверстниками — представи­телями формально детерминированного коллектива или избега­ние общения с ними;

— конфликтность в отношениях с учителями и администраци­ей школ;

— нарушение принципа социальной обусловленности комму­никативных связей, построение общения со сверстниками пре­имущественно по «территориальному» принципу;

— уменьшение интенсивности и неустойчивость общения со сверстниками противоположного пола, выраженные проблемы об­щения с ними;

— отсутствие устойчивых увлечений;

— склонность к асоциальным формам поведения. 6. Психологические факторы:

— зависимость особенностей личностного реагирования, соци­альной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;

— тенденция к реализации эмоционального напряжения в не­посредственное поведение, минуя процесс когнитивного осозна­ния и принятия решения;

— игнорирование системы социальных установок и ролей;

— нарушения в сфере социальной перцепции (не соответству­ющая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и про­гноз оценки своего поведения в глазах окружающих);

— несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружа­ющими;

— отсутствие стремления к конструктивному разрешению про­блемных и конфликтных ситуаций;

— отсутствие сформированного представления о жизненных це­лях;

— отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;

— неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в по­ведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

6. Психологические факторы:

— зависимость особенностей личностного реагирования, соци­альной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;

— тенденция к реализации эмоционального напряжения в не­посредственное поведение, минуя процесс когнитивного осозна­ния и принятия решения;

— игнорирование системы социальных установок и ролей;

— нарушения в сфере социальной перцепции (не соответству­ющая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и про­гноз оценки своего поведения в глазах окружающих);

— несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружа­ющими;

— отсутствие стремления к конструктивному разрешению про­блемных и конфликтных ситуаций;

— отсутствие сформированного представления о жизненных це­лях;

— отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;

— неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в по­ведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

Концепции риска приобщения к употреблению алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ.

Отсутствие оптимальной концепции риска приобщения к употреблению алкоголя, наркотиков или других психоактивных ве­ществ осознается как отечественными, так и зарубежными иссле­дователями. Скорее всего, такой концепции и не может быть, так как постоянно изменяется окружающая среда и характер ее воз­действия на людей. Существует ряд концептуальных моделей, яв­ляющихся наиболее универсальными, но и они развиваются и совершенствуются в процессе изменений, происходящих в мире, и в соответствии с развитием мировой психологии [Сирота Н.А., Ялтонский В. М. и др., 2001]. Рассмотрим эти модели.

1. *Трансакционная модель.* Поведение человека определяется ха­рактеристиками индивида и среды, в которой он функционирует. Результатом взаимодействия индивида и среды является развитие индивидуальных характеристик человека. На личностное жизнен­ное пространство, психологический и поведенческий статус вли­яют контекстуальные факторы среды, которые в свою очередь под­властны влиянию индивида. Результаты взаимодействия между лич­ностью и средой описываются в терминах «трансакций». Согласно трансакционной модели возможность предвидеть результаты по­ведения человека зависит от идентификации, анализа и понима­ния таких трансакций. Риск наркотизации может быть вызван тре­мя причинами: а) характеристиками индивида, имеющего те или иные предиспозиционные особенности; б) характеристиками сре­ды, воздействующей на индивида; в) специфическими комбина­циями индивидуальных и средовых характеристик. Эти причины в совокупности ведут к последовательности событий, вызывающих функциональное или дисфункциональное поведение. Такие по­следствия называются «этиологическими» изменениями, опреде­ляющими эмоциональные и поведенческие исходы, которые мож­но предотвратить с помощью превентивных мер. Развитие ребенка рассматривается как продукт динамических интерактивных состо­яний и опыта, который он получает в процессе функционирова­ния в семейной и социальной среде. Наиболее важным положени­ем этой модели является то, что индивид и среда не рассматрива­ются в отрыве друг от друга. Они — взаимозависимые элементы одной системы, а поведение человека строго обусловлено накоп­ленным опытом.

*2. Модель антисоциального поведения* основывается на трансак­ционной модели и исходит из того, что в процессе развития ре­бенка существуют периоды несогласованной активности. Взрос­лые, неумеренно стремясь дисциплинировать детей, создают кон­текст, в котором ребенок усиленно обучается принудительному поведению. Родители, постоянно следящие за детьми и контроли­рующие их действия, требуют выполнения строгих дисциплинар­ных установок; этим они снижают позитивные усилия ребенка и уменьшают для себя вероятность вовлеченности в общение с ним. В ответ на действия родителей у подростка развивается неуступчи­вое поведение, выражающееся в плаче, криках, стремлении пе­редразнивать воспитателей, в разнообразных видах протестного поведения. Это вызывает у родителей негативный ответ, усилива­ющий в свою очередь протест подростка. Таким образом, между ро­дителями и подростком устанавливается взаимодействие на основе насилия и агрессии (скрытых или открытых). Если часто и интен­сивно проявляющееся протестное поведение подростка сопровож­дается чрезмерным нормативным давлением родителей, он обу­чается ригидным поведенческим стереотипам, которые будет ис­пользовать и в дальнейшей жизни, при общении со сверстника­ми, в школе. Одновременно тормозится обучение ребенка лабиль­ным, более подвижным и чувствительным, адаптивным стратегиям. Когда протестное, неуступчивое, ригидное поведение использует­ся подростком при общении со сверстниками и учителями в школе, неизбежны агрессивный ответ или избегание общения. В результате снижается самооценка, успеваемость, формируются негативные трансакции, что ведет к употреблению алкоголя, наркотиков и другим формам саморазрушающего и антисоциального поведения.

*3. Модель поведения риска* основана на психосоциальных кон­цепциях риска и проблемного поведения. Факторы риска возник­новения и развития психосоциальных расстройств, алкоголизма и наркомании рассматриваются с точки зрения двух доминант — социальной среды и поведения. При этом среда является носите­лем такого доминирующего фактора, как стресс, а само поведе­ние индивида в ситуациях стресса — возможным фактором риска. Эта концепция привлекает внимание к потенциальным исходам и последствиям, позволяя рассматривать поведение того или ино­го индивида как неоднозначное и усматривать в нем не только негативные, но и позитивные для личности факторы. Например, употребление наркотиков подростками, несомненно имеющее не­гативные исходы, может преследовать позитивные цели, такие, как интеграция в социальную среду сверстников, повышение са­мооценки, снятие эмоционального напряжения и т.д. Поэтому при разработке превентивных программ важно понимать, что асо­циальное поведение просто устранить невозможно — необходимо предложить удовлетворяющую альтернативу. В связи с этим основ­ной целью превенции должно быть именно построение поведения.

Курение, алкоголизм, употребление наркотиков, ранняя сек­суальная активность, как сказано выше, могут быть инструмента­ми налаживания связей со сверстниками, своеобразной социали­зации, установления автономности от родителей, отвержения ав­торитетов, норм, ценностей, попыткой утверждения собствен­ной зрелости, выхода из детства, приобретения более взрослого статуса. Это характеристики обычного психосоциального разви­тия, при котором поведение риска приобретает функции рычага необходимых и естественных изменений.

Модель поведения риска связана с личностным развитием, психосоциальной адаптацией в подростковом возрасте и свиде­тельствует о том, что определенные формы поведения могут подвергать опасности нормальное развитие. Однако изменить следует лишь форму поведения, оставив прежними цели развития. В ре­зультате успешный компромисс между психосоциальными и лич­ностными сторонами развития подростка может быть найден. Мо­дель подросткового поведения риска включает в себя такие пара­метры, как социальная среда, восприятие среды; личность, пове­дение; биологические и генетические параметры, которые под­разделяются на риск-факторы и факторы протективные, препят­ствующие поведению риска; учитываются также формы и исходы поведения. Эта модель отражает общие уровни в структуре орга­низации различных форм поведения подростков и связана с кон-пепцией жизненного стиля.

*4. Модель ситуации риска наркотизации подростков.* Выделяют­ся пять доминирующих сфер, в которых может разворачиваться ситуация риска наркотизации для подростка.

1. Личностные факторы. Изучение связи между личностными факторами и употреблением наркотиков производилось путем срав­нения целого ряда личностных параметров у потребителей психо­активных веществ и подростков, их не употребляющих. В результа­те было выделено несколько наиболее значимых факторов: само­оценка, психологическая склонность к поиску ощущений, им­пульсивность, склонность к протестному поведению, конформ­ность, депрессия, тревога, слабый контроль эмоций, неустойчи­вость границ в межличностном общении (например, агрессия).

2. Процессы, происходящие в семье. В данном контексте наиболее значимыми являются: стиль родительского поведения (что разре­шается, что не позволяется и когда; какая система наказаний ис­пользуется; техники контроля и родительского мониторинга; се­мейная коммуникация, взаимодействие между родителями; осо­бенности поведения родителей в целом).

3. Социальное влияние сверстников. Исследуются влияния свер­стников на решения и выбор поведения подростка: оказывают ли сверстники социальную поддержку или подавляют личность; упот­ребляют ли они наркотики и алкоголь и как подросток к этому относится; какими ролевыми моделями являются сверстники для подростка.

4. Социальные и личностные навыки самоуправления. Определя­ются навыки саморегуляции и отказа от предложения употребить психоактивные вещества. Эти умения базируются на жизненных навыках и ресурсах личности подростка (навыки постановки це­лей, принятия решения, групповой дискуссии, персональной и социальной компетентности, разрешения проблем).

5. Ожидания, связанные с алкоголем и наркотиками. Выявляются убеждения, касающиеся психоактивных веществ, их действия, исходов их употребления; когнитивные мотивации, связанные с проблемой, употреблять их или нет, когда, сколько раз, при ка­ких обстоятельствах или не употреблять никогда и т.д. В контексте данных исследований наиболее интересна концепция «когнитив­ных медиаторов», выдвинутая Л. Шеером и Ж. Ботвиным [Scheier L., Botvin G.J., 1999]. Авторы считают, что на пути социальных вли­яний, которые могут оказывать окружающие (родители, учителя, сверстники), встают так называемые «когнитивные медиаторы» — убеждения, суждения, полученные из опыта самого подростка; при­внесенные и усиленные убеждения семьи, являющиеся эффектом рекламы, и т.д. Таким образом «когнитивные медиаторы» могут играть как роль факторов риска, так и роль протективных факторов в зависимости от их качества и содержания. Важно то, что процесс социальных влияний управляем, что позволяет оптимистически относиться к грамотно построенным превентивным программам.

Еще одним немаловажным фактором риска является недооценивание пагубного влияния наркотиков на организм. Это своеобразные мифы, которыми часто руководствуются подростки.

*Миф первый.* «Я только попробую, это не страшно и не опас­но». Известно, что подросткам свойственно ощущать себя бессмерт­ными и бесстрашными. Этим они подчас и руководствуются, впервые приобщаясь к наркотикам.

*Миф второй.* «Я в любое время могу отказаться, я — не нарко­ман». Моральное состояние наркомана не содержит чувства вины, так как, по его убеждению, он не совершает преступления. Кроме того, даже если он уже не просто приобщился, а злоупот­ребляет наркотиками, то все равно не чувствует себя больным, он считает себя жертвой. В чем-то он, конечно, прав: нарко­ман — действительно жертва наркотизированной культуры, ук­лада жизни и пр. Жестокая обманчивость этого мифа в том, что в любое время он отказаться от наркотиков не сможет.

*Миф третий.* Человечество уже проиграло несколько крупных сражений в защиту своего здоровья: оно не смогло во время и адекватно ответить на никотиновый и алкогольный вызов. Человече­ство решило, что коль скоро люди хотят курить и пить алко­гольные напитки, то в этом и состоит их благо, а значит, и благо всего общества. В этом их воля и личное право. Почему же к наркотикам надо относиться иначе?

Отсюда вытекает ложное понимание наркоманами общей стратегии действия общества в условиях брошенного ему нар­ковызова: чем дольше борьба, тем слабее сопротивление об­щества вплоть до появления лояльности к наркоманам.

* 1. ***Анализ методов и форм первичной профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.***

Антинаркотическая профилактическая деятельность определяется как межведомственная, т.е. деятельность, которая должна проводиться совместно специалистами управления внутренних дел, образования, здравоохранения, и Комиссий по защите прав несовершеннолетних.

Положительным фактором является создание в территориальных образованиях подпрограмм региональной целевой программы и территориальных межведомственных комиссий, организующих и контролирующих выполнение мероприятий на местном уровне.

Практически все антинаркотические мероприятия воспитательного характера, осуществляемые управлением образования, проводятся комплексно, совместно с управлением здравоохранения, внутренних дел и реализуются по следующим направлениям:

*1. Поиск форм и средств повышения эффективности профилактической антинаркотической работы.*

Пример такого подхода целесообразно привести по следующим регионам:

\* в Ростовской области профилактическая антинаркотическая работа строится на основе статистического анализа данных по злоупотреблению наркотическими и токсическими средствами среди несовершеннолетних, на основе учета фактов задержания детей и подростков в алкогольном и наркотическом опьянении со сверкой данных между территориальными органами управления образованием и органами внутренних дел с выделением групп "детей риска".

Специалистами наркологической службы разработаны и представлены в распоряжение учебных заведений методические пособия "Основы аномального развития личности", "Современные представления о наркотизме", которые позволяют немедицинским специалистам своевременно реагировать на случаи употребления детьми и подростками психоактивных веществ. Многие вопросы социально-коррекционной и реабилитационной помощи реализуются через психолого-педагогические Центры. На территории области действует 15 психолого-педагогических и реабилитационных центров, 23 школы работают в режиме "школы здоровья"; в системе школьной психологической службы занято 468 психологов; работает областной "телефон доверия"). В области действует 2О3 муниципальных учреждения для дополнительного образования детей.

\*В последние 10 лет Министерство здравоохранения Республики Башкортостан принимает активное участие в межведомственной работе по реализации республиканских программ «По борьбе с преступностью», «Охране общественного здоровья, профилактике пьянства и алкоголизма», «По противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Республике Башкортостан на 2004-2006 годы».

При Республиканском наркологическом диспансере сформирован электронный банк данных по диспансерному и профилактическому учету лиц, потребляющих наркотические вещества. Производится постоянный обмен информацией с заинтересованными министерствами и ведомствами.

По инициативе Министерства здравоохранения Республики Башкортостан совместно с Государственным комитетом по молодежной политике с 2004 года в летний период организованы профильные смены для детей с аддиктивным поведением. В 2005 году курс оздоровления прошли более 500 детей из группы профилактического учета. Во время прохождения профильных смен проводились лекции с участием врачей наркологов, социальных работников, педагогов, психологов. В 2006 году данный опыт работы продолжен.

Одним из положительных примеров совместной профилактической работы является проведение широкомасштабных антинаркотических акций в городах и районах республики под девизом «Башкортостан – территория здоровья», «Жизнь без наркотиков, алкоголя и табака». В организации и проведении акций приняли участие Главы администраций городов и районов, представители Министерства здравоохранения, Министерства народного образования, МВД РБ, Госкомитет РБ по молодежной политике, ведущие ученые медицинского университета.

Это позволило донести до населения, особенно молодежи, информацию о медицинских, правовых, социальных последствиях употребления алкоголя, наркотиков и табака.

Проведение совещаний и конференций имеет важное значение для развития наркологической службы. 25 августа 2005 г., при поддержке Правительства республики, прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Стратегия государственного реагирования на наркоситуацию в условиях субъекта Российской Федерации», в работе которой приняли участие специалисты антинаркотической деятельности из 16 субъектов Российской Федерации.

23 марта 2005 г. по инициативе Министерства здравоохранения и наркологической службы республики в городе Уфе проведен республиканский Форум «Сохраним здоровье души и тела».

28 апреля 2005 г. в городе Нефтекамск проведена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения в Республике Башкортостан». На Форуме и научно- практической конференции были освещены вопросы научных исследований в области наркологии, профилактике наркологических заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

По инициативе глав администраций городов и районов республики, в учебных заведениях организованы наркологические посты, в состав которых входят медицинские работники. Регламентирован порядок работы по выявлению потребителей психоактивных веществ. Тесно отлажено взаимодействие с комиссией по делам несовершеннолетних, в состав которых входят врачи наркологи. Основной задачей работы наркопостов является профилактика наркологических заболеваний. Применяемые профилактические программы предназначены для усиления защитных факторов и ослабления факторов риска. Эти программы основаны на интерактивных приемах – диалогах, групповых дискуссиях.

В республике функционирует 10 центров медико-психологической службы и 16 пунктов психологической помощи детям. 1630 социальных педагогов и психологов, непосредственно в школах, проводят психологическую коррекцию.

Организованы регулярные выступления ведущих специалистов наркологической службы в ГУП ТРК «Башкортостан». Наркологи также активно участвовали в совместной работе со средствами массовой информации по подготовке различных материалов профилактической направленности. В настоящее время, в республиканском кинопрокате находится 66 документальных и 30 художественных фильмов, пропагандирующих здоровый образ жизни. Особый интерес у телезрителей вызвала серия документально-публицистического фильма «Героин N», снятый на студии ГТРК «Башкортостан», основанный на реальных историях из жизни наркоманов.

Организован выпуск методических пособий, информационных сборников, буклетов, памяток для населения по профилактике наркомании, алкоголизма и табакокурения. Задачи, поставленные в начале Года профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения органами здравоохранения, в целом, выполнены

2. Пропаганда здорового образа жизни через образовательную деятельность.

Во всех регионах в рамках учебных курсов ОБЖ - Основы безопасности жизнедеятельности, - валеологии, а также биологии, химии и других предметов педагоги регулярно обсуждают с учащимися проблемы профилактики наркомании. Общим недостатком этого подхода является широкая представленность в учебных программах медицинских аспектов наркоманий и недостаточная разработка методических основ формирования ценностей здорового образа жизни.

*3. Последипломное обучение и переобучение специалистов образовательных учреждений по программам оказания первичной профилактической помощи*.

 В каждом регионе на постоянной основе проводятся обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников по предупреждению злоупотребления наркотическими средствами в детско-подростковой среде. Программы большинства семинаров имеют практическую направленность, обучают навыкам первичной оценки токсико-наркотического опьянения, психологическим основам разьединения асоциальных групп, в которых практикуется прием наркотиков, навыкам противодействия агрессивному поведению детей, средствам восстановления школьного статуса ребенка, бросившего употреблять психоактивные вещества.

*4. Проведение мониторинга распространенности употребления психоактивных веществ в детско-подростковой среде.*

Во многих регионах осознана необходимость мониторинга для планомерного развития первичной профилактической работы. Например, в Самарской области Комитетом по делам молодежи регулярно проводится социологический анализ состояния проблемы наркомании в области. В других регионах подобная работа проводится на основе разовых социологических опросов в школах, что в виде единичных срезов дает обобщенную характеристику уровня распространенности употребления наркотиков и отношения детей и подростков к этой проблеме. Следует отметить недостаточную методологическую разработку основ проведения этих опросов, отсутствие нормативной базы для проведения мониторинга на постоянной основе и малую значимость результатов единичных, малосовместимых друг с другом опросов, проводимых по разным методикам.

*5. Разработка концепции первичной профилактики наркоманий в образовательной среде.*

Разработка концепции осуществляется по инициативе Министерства образования научной группой специалистов с обсуждением ее ключевых положений с соответствующими управлениями Минтруда, Минздрава России, Госкомпечати России, заинтересованными общественными организациями. Одновременно Министерство проводит конкурсы авторских программ антинаркотического воспитания и профилактической помощи детям и подросткам. При этом особое внимание уделяется авторским программам, в которых развиваются методические приемы и средства для обеспечения перехода в антинаркотическом воспитании от установок на информирование детей о негативных последствиях курения, алкоголизации, наркотизации к психолого-педагогическим технологиям формирования у детей активной психологической защиты от употребления ПАВ.

С учетом остроты ситуации и неразработанности многих теоретических и практических вопросов профилактики наркомании у подростков Министерство считает необходимым на первом этапе создать одно-два учреждения нового типа с профилактической и реабилитационной направленностью, которые могли бы использоваться в качестве федеральных экспериментальных площадок для проведения исследований по проблемам коррекции и профилактики наркоманий, аддиктивного (зависимого) поведения детей и подростков, а также для разработки и апробации новых психолого-педагогических технологий, направленных на формирование позитивных жизненных навыков и активной психологической позиции по отношению к приему ПАВ, новых моделей комплексной социально-реабилитационной помощи. Такие учреждения будут одновременно выполнять функцию методических и координирующих органов по организации на федеральном уровне профилактической, коррекционной и социально-реабилитационной работы с детьми и подростками, имеющими проблемы с зависимостью.

*6. Разработка законодательных предложений и нормативных актов, регулирующих развитие первичной антинаркотической профилактической деятельности.*

С позиций концепции первичной антинаркотической профилактической помощи медико-социальная реабилитация при алкоголизме и наркомании должна учитывать особый возрастной, психологический и социально-правовой статус несовершеннолетнего, определяющий специфику реабилитационного процесса для детей и подростков.

Эта специфика заключается в том, что в ней, во- первых, больший объем должны занимать меры профилактической помощи для детей и подростков с зависимостью от психоактивных веществ и с первых проявлений зависимости оказание профилактической помощи должно сочетаться с социально-психологической и медицинской реабилитацией.

Во - вторых, в объеме реабилитационных мер для несовершеннолетних ведущее значение должны получить различные формы общеобразовательного обучения (компенсирующее, коррекционно-развивающее, дополнительное) и профессионального обучения, а не только трудотерапия как это предусматривается в Центрах медико-социальной реабилитации.

В - третьих, реабилитационные меры должны носить дифференцированный характер с учетом различия групп несовершеннолетних, нуждающихся в медико-социальной помощи: дети и подростки с зависимостью от психоактивных веществ без стойких нарушений поведения асоциального характера; несовершеннолетние с зависимостью от психоактивных веществ и девиантным поведением; несовершеннолетние, страдающие алкоголизмом и наркоманией и совершившие преступления.

Разработка законодательных предложений по вопросам социально-медицинской реабилитации несовершеннолетних, страдающих наркоманиями и токсикоманиями, получила определенное развитие.

 Наркомания - это не личное дело каждого. В результате наркотизации у потребителя существует высокий риск заболевания тяжелыми инфекциями - гепатиты, ВИЧ-инфекции и СПИД, венерические болезни - и такой же высокий риск их распространения. Потребители наркотиков быстро дезадаптируются, так как практически невозможно сочетать учебу с потреблением наркотиков. С нарастанием школьной и социальной дезадаптации несовершеннолетние потребители наркотиков постоянно втягиваются в криминальную деятельность, разрушают семью и становятся потенциально опасными.

Поэтому, чтобы обеспечить активную профилактическую работу, остановить эпидемию наркомании, оказать лечебно-реабилитационную помощь потребителям наркотиков и больным наркоманией требуется совершенствовать законодательство. Прежде всего, должна быть введена административная ответственность за употребление наркотиков, обеспечена возможность оперативного обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств, расширены правовые основы для активной первичной профилактической работы и для реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

*7. Опыт разработки проблем первичной профилактики в зарубежных странах.*

Первым существенным моментом зарубежного опыта в области профилактики является положение о том, что на государственном уровне ни одна, даже самая благополучная в экономическом отношении страна не финансирует весь спектр деятельности по борьбе с наркоманией и ее последствиями. Так, в Германии на долю общественных организаций приходится до 8О% всех специализированных наркологических медико-социальных служб. Ими создана собственная сеть медицинской и социальной помощи, включая консультационные пункты, амбулатории, стационары, юношеские и молодежные центры, приюты. Бюджетное здравоохранение Германии ориентировано в основном на прямую медицинскую помощь - снятие наркотической интоксикации и специализированное наркологическое лечение в острых случаях. В Дании, Бельгии, Норвегии создана разветвленная социально-реабилитационная сеть помощи наркоманам. В этих странах обращается особое внимание на организацию альтернативного приему наркотиков отдыха, особенно в вечернее время. В профилактическую работу включаются бывшие наркоманы, а также сверстники, так как подростки не верят в массовые акции, мало доверяют взрослым.

Вторым важным моментом зарубежного опыта в области предупреждения употребления ПАВ и профилактики наркомании следует считать нацеленность мероприятий на контингент школьного возраста, т.к. именно эта возрастная группа несовершеннолетних при включении в наркотизацию быстро дезадаптируется, осложняется сопутствующими наркотизации заболеваниями вследствие отсутствия должной гигиены и случайных половых контактов. В ряде стран для детей и подростков "группы риска" развернута целая сеть учреждений социальной помощи - "жилые общины" для молодежи, женщин с детьми, "кризисные" временные убежища.

Другой формой работы за рубежом является организация помощи на рабочих местах, позволяющая предотвратить наркотизацию несовершеннолетних, включенных и не включенных в "группы риска".

*8. Профилактическая деятельность в семье.*

 Жизненно необходимой средой жизнеобитания и жизнедеятельности для подростка несомненно является семья. В самом общем виде мы должны сформулировать такие исходные понятия как здоровая (функциональная) семья, конфликтная (дисфункциональная) семья, асоциальная семья с наркологическими проблемами и противоправным поведением членов семьи, распавшаяся семья.

Для здоровой семьи характерна сильная родительская позиция с ясными семейными правилами; гибкие, открытые взаимоотношения между младшими и взрослыми членами семьи с четкими "образцами" отношений и поведения; сохранные, эмоционально теплые связи между поколениями, которые составляют основу "семейной памяти".

Для конфликтной (дисфункциональной) семьи типичны "запутанные отношения" между членами семьи, например, семья с мужчиной-отцом (отчимом) на периферии семейного поля; семья с разъединенными, конфликтно сосуществующими родителями; семья с хронической неприязнью между отдельными членами семьи, старшим и средним поколениями, между родственниками по материнской и отцовской линиям. В дисфункциональной семье постоянно существуют проблемы с алкоголем, наркотиками; у членов семьи, особенно у женщин, часто наблюдаются психосоматические, т.е. связанные с психогенными причинами, нарушения со стороны соматического здоровья. Обычно они идут "под флагом хронических, трудно излечимых заболеваний", вина за которые перекладывается на других членов семьи, в том числе и на детей. Социально-психологический портрет такой семьи будет неполным, если мы не укажем на характерные черты поведения взрослых членов такой семьи:

- общение между ними находится на низком уровне, в нем отсутствуют забота, юмор, радость от общения;

- в семейных отношениях доминируют разъединение, неприязнь, взаимное перекладывание вины;

- определяющим является активное нежелание членов семьи обсуждать проблемы семьи с кем-либо из окружающих; с этим связано избегание различных форм поддержки семьи со стороны служб социальной защиты, профилактики, родительских объединений;

- по отношению к нарастающим семейным проблемам легко возникают состояниями тревоги и паники; постоянно проявляется тенденция разрешать возникающие проблемы на аффективном уровне.

Для асоциальной семьи с наркологическими проблемами и противоправным поведением членов семьи характерны:

- сочетание затяжных, конфликтных внутрисемейных отношений с криминологической и наркологической отягощенностью;

- нарастающая социальная изоляция с выключением семьи из доверительных или поддерживающих отношений с другими семьями в доме, микрорайоне. Дети, проживающие в такой семье, испытывают различные формы давления: разъединенность и эмоциональное отвержение со стороны родителей, заброшенность и насилие, чувство вины и стыда за поведение других членов семьи, например, алкоголизирующейся матери, отца. Они вынуждены соизмерять свое поведение и свои отношения с "двойным стандартом правил" - аморальным как нормой поведения внутри своей семьи и морально императивным как определенные правила поведения вне семьи - в школе, в общении с другими. При этом они обычно стремятся перенести стиль внутрисемейных "образцов поведения" на свои взаимоотношения с окружающими, навязать его, если не встречают действенного отпора.

Для распавшейся семьи характерно сочетание "разъединенных" отношений с включенностью в застывшие, уходящие в прошлое, конфликты, стойкая неприязнь отношений. Достаточно часто такая ситуация утяжеляется тем, что члены "распавшейся семьи" вынуждены по прежнему проживать совместно, что усугубляет конфликтность отношений, делает их патологически зависимыми.

*Семейные условия, связанные с формированием успешного, "хорошего" поведения:*

\* уметь разделять самого ребенка и его проступки: "Я люблю тебя, но не принимаю того, что ты сделал (а)";

\* уметь активно слушать и понимать переживания и потребности своего ребенка;

\* не вмешиваться в занятия, с которыми он справляется, и заниматься вместе, помогать, когда он просит;

\* стремится разрешать возникающие конфликты с ребенком без угроз и наказаний, доверять его пониманию и делиться своими чувствами, которые возникли из-за конфликта, объяснять их;

\* постоянно поддерживать успехи ребенка, в повседневном общении использовать любые формы выражения своих теплых чувств и отношения: "Мне хорошо с тобой... Я рад(а) тебя видеть... Я по тебе соскучился(лась)... Мне нравится как ты... Ты мой хороший(ая)... Ты, конечно, справишься...".

\* стремится выражать свои теплые чувства и поддержку не только словами, но и лаской, голосом, прикосновением.

*Семейные условия, определяющие формирование деструктивного "плохого" поведения:*

\* неопределенные распоряжения без четких границ (часто достаточно одного раза, чтобы донести до ребенка в неадекватной форме важную информацию о том как получить то, что хочешь. В следующий раз ребенок думает: "Может быть я поднял недостаточно шума, чтобы получить то, что хочу? Я подниму еще больше шума.");

\* отсутствие у родителей между собой содружества и четкой позиции по отношению к детям; например, один из родителей не хочет быть авторитарным и, в результате, оказывается настолько уступчивым и услужливым, что теряет авторитет у ребенка, который начинает использовать слабости родителя, чтобы добиться желаемого;

\* игнорирование родителями хорошего поведения одновременно с наказанием плохого (чаще такой оказывается позиция отца);

\* неполный контроль, когда родители не знают, где находятся их дети;

\* непоследовательные дисциплинарные требования и пустые угрозы; постоянное выражение недовольства ребенком;

\* стойкий или затяжной конфликт между родителями и остальными членами семьи; "блоки" внутри семьи, неспособность испытывать общие для всей семьи радости;

\* неспособность родителей понимать и сочувствовать потребностям своего ребенка; нереальные родительские ожидания по отношению к нему, то есть те случаи, когда родители ожидают от ребенка удовлетворения своих собственных, нереализованных эмоциональных потребностей;

\* вера родителей в воспитательное значение физических и других наказаний;

*Формирование оптимальной позиции семьи и поддержка семье, когда ребенок начал употреблять психоактивные вещества.*

Данное направление работы включает сочетание первично-профилактического и социально-профилактического подходов. Первично-профилактический подход опирается на методы семейного консультирования, на оказание психологической и социальной поддержки семье для установления постоянных контактов родителей с районным психиатром-наркологом. Социально-профилактический метод опирается на взаимодействие школы с районными комиссиями по защите прав несовершеннолетних, с инспекторами отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних, потому что наиболее значимым становится срочное разъединение в районе школы группы наркотизирующихся подростков, которые могут вовлекать в наркотизацию все новых детей и подростков. Такая ранняя превентивная работа, ориентированная на пресечение влияния подростковых наркотизирующихся групп несомненно увеличивает возможности семье в контроле за поведением ребенка, который вступил на "путь первых проб".

Первичная профилактическая помощь семье, в которой ребенок "вступил на путь первых проб", должна носить уже комплексный характер с привлечением специалистов различного профиля. Первичная профилактическая работа педагога - классного руководителя, школьного психолога, социального педагога в этих случаях обязательно дополняется первичной профилактической помощью со стороны медиков, а именно, медицинской сестры и школьного врача. Наиболее оптимальной их помощь становится тогда, когда она проводится через организованный при школьном медицинском кабинете внутришкольный наркопост. Именно при нем может быть организован первичный профилактический учет детей и подростков, замеченных в приеме токсико-наркотических средств; при нем может быть также организована доклиническая диагностика состояний токсико-наркотического опьянения у учащихся в школе ("Прогрессивные Био-Медицинские Технологии, ЛТД" в заботе о здоровье семьи - диагностические бесприборные экспресс-тесты для выявления наркотиков).

Первичная профилактическая помощь семье со стороны специалистов школы также дополняется участием школы в привлечении к оказанию помощи семье и инспекторов отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних. Это преимущественно социально-профилактический аспект помощи семье и связан он с необходимостью пресечения каналов, по которым циркулируют наркотические средства в детско-подростковой среде вокруг школы. Этот аспект помощи также необходим в целях разъединения групп подростков, наркотизирующихся в районе школы, в необходимости исключения негативного влияния взрослых, когда, например, они являются активными участниками приобщения несовершеннолетних к приему наркотиков. Организуется взаимодействие различных специалистов при оказании первичной психопрофилактической и социально-профилактической помощи семье, в которой ребенок начал наркотизироваться, зам. директора школы по воспитательной работе.

Реализуется такое взаимодействие первичной профилактической и социально-профилактической помощи семье по следующим направлениям:

- организация и направление работы группы родительской поддержки для семей, в которых дети начали наркотизироваться;

- координация работы групп родительской поддержки с школьными медицинскими работниками в рамках школьного наркопоста при школьном медицинском кабинете, а также координация работы медицинских специалистов школы и школьного психолога, социального педагога с специалистами территориального центра социально-психологической поддержки и реабилитации, специалистами подразделений социальной профилактики (инспектора отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних) для более действенной и эффективной помощи семье, в которой ребенок начал наркотизироваться;

- контроль соблюдения прав учащихся при осуществлении первичных профилактических мер в рамках помощи семье, включая выявление и внутришкольный учет учащихся, замеченных в употреблении психоактивных веществ; проведение в школьном медицинском кабинете доврачебной и врачебной (тестовой) диагностики случаев токсико-наркотического опьянения; ознакомление родителей с ее результатами и информирование их о значимости использования в домашних условиях тестового контроля случаев токсико-наркотического опьянения у ребенка.

В настоящее время семьи испытывают дефицит компетентности по вопросам формирования у детей антинаркотических установок, ценностей здорового образа жизни, по взаимодействию со специалистами при необходимости консультативной, специализированной и социально-правовой помощи.

В организационном плане необходимо в экстренном порядке отрабатывать реальные механизмы сотрудничества общества, различных общественных организаций и государственных структур с семьей. При этом крайне важно организовывать активность самих родителей на уровне двора, школы, микрорайона, муниципалитета в виде становления и поддержки таких движений как "Родители против наркотиков", "Школа без наркотиков", "Чистый район" и пр. В этом процессе несомненно велика информационная и организационная помощь постоянных телешкол, газетных рубрик, обучающих семинаров по типу "родительских университетов" местного, регионального характера. Не менее важным является параллельное создание широкой контактной сети консультативных пунктов. Именно они должны на профессиональном уровне обеспечить потребности семье в первичной помощи в проблемной сфере, именно они должны выступать первичными и эффективными посредниками между семьей и специалистами, работающими в наркологических учреждениях, учреждениях социальной помощи, правоохранительных органах.

1. *Профилактическая деятельность в образовательных учреждениях.*

В настоящее время профилактика потребления психоактивных веществ во многих школьных коллективах представлена чаще всего тематическими лекциями школьных психологов, врачей психиатров-наркологов, либо работников органов внутренних дел, а также тематическими учебными занятиями, которые иногда проводятся по типу дискуссии на заданную тему. Подобный подход не отвечает основным требованиям к предупреждению употребления психоактивных веществ в связи с тем, что в нем отсутствует последовательность, непрерывность, учет реальной ситуации. Необходимо также учитывать, что первичная профилактика входит в сферу деятельности наркологической службы только в рамках профессиональной компетенции врачей психиатров-наркологов. Вопросы постоянного воспитательного развития у учащихся общеобразовательных учреждений ценностей здорового образа жизни, предубеждения к приему токсико-наркотических средств, знаний о вреде наркотиков и токсикантов являются прямой обязанностью педагогов и школьных психологов, т.е. тех специалистов, которые имеют постоянный и непосредственный контакт с детьми и подростками, занимаются их обучением и воспитанием.

Реализация данной работы затруднена, вследствие недостаточного уровня знаний у специалистов образовательных учреждений по проблеме наркоманий и первичной антинаркотической профилактической работе. Особенности обучения и переобучения педагогического персонала в целях эффективного обеспечения первичной профилактики в образовательной среде заключаются в предоставлении для специалистов школы комплексной информации по существенным для первичной профилактической работы вопросам наркологии, по оптимальной тактике поведения с детьми и подростками, имеющими склонность к зависимому поведению, по формам работы с семьей при оказании первичной профилактической помощи.

 *Ключевые проблемы первичной профилактики употребления психоактивных веществ детьми и подростками в образовательной среде.*

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

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

Третья проблема - как и каким способом активно вмешиваться и коррегировать систематическое употребление психоактивных (наркотических) веществ? Какими оптимальными средствами осуществлять комплексную реабилитацию детей и подростков, прекративших наркотизацию?

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, где родители вели асоциальный образ жизни. Эту группу детей можно было определить как группу "риска" и целенаправленно с ней заниматься в плане социально-профилактической помощи. Современные медико-социальные данные говорят о новом аспекте этой проблемы.

При этом у большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер от вовлечения в прием наркотических веществ. Начинающий принимать наркотики несовершеннолетний находится в своеобразной социально-психологической ситуации. Это мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с наркотизацией. Он особенно угрожаем для детей и подростков, потому что в ситуации выбора у подростка ведущими часто оказываются мотивы любопытства и подражания. Одновременно налицо безучастное отношение к вовлечению в наркотизацию со стороны сверстников-соучеников, друзей, а также взрослых, отвечающих за воспитание, и мало информированных родителей. Данная ситуация отягощается тем, что входящие в употребление "модные" в подростковой среде наркотические средства характеризуются при повторном приеме быстрым закреплением зависимости и пристрастия (по некоторым данным за месяц и менее).

В этой ситуации учреждения образования, школьная психологическая служба, центры социально-психологической реабилитации явно не срабатывают на первичную профилактику ранней алкоголизации и наркотизации детей и подростков. *Для активно направленной профилактической работы необходим переход от установок по информированию детей о негативных последствиях курения, алкоголизации, наркотизации к формированию у детей ценностного отношения к здоровью, активной психологической защиты от предложений "попробовать, принять наркотик"; к формированию не только индивидуальной жизнестойкости, но и групповых форм противодействия (на уровне детского коллектива) различным формам наркотизации и отклонений в поведении*.

Вторая проблема - как и каким образом точно определять, что ребенок начал принимать токсико-наркотические средства и какую оптимальную тактику избирать при этом?

В настоящее время медицинским специалистам достаточно ясна траектория пути начинающего токсикомана и наркомана. На первом этапе своего, как правило, спровоцированного старшими подростками или подражательного знакомства с токсическими или наркотическими веществами он стремится утвердиться через новое для него токсикоманическое поведение среди друзей и соучеников в школьной среде; стремится получить определенную поддержку своему поведению, бравирует им. При втягивании подростка в наркотизацию в самом начале распространители используют прием первых "даровых угощений-проб". Именно на этом этапе происходит экспериментирование с различными наркотическими веществами и формируется зависимое поведение. В это период идет выбор и наиболее подходящей компании, круга "новых друзей", привычных мест и времени наркотизации. Одновременно подросток сам становится своеобразным агентом по распространению наркотика, начинает участвовать в развитии и поддержании определенной сети распространения. Вне компании ни алкоголь, ни другие токсико - наркотические вещества не употребляются.

На этом этапе выявляются наиболее существенные пробелы в профилактической работе и помощи. В этой ситуации школьный коллектив достаточно часто занимает "позицию умалчивания", поддерживая видимость того, что никто не замечает перемен, происходящих с подростком. Как правило, такая практика наблюдается в тех случаях, когда при наркотизации нет грубых нарушений дисциплины в школе. В связи с этим мы считаем необходимым определить минимальный объем правил, необходимых не медицинскому специалисту для вмешательства в наркоситуации.

Общие признаки начала потребления психоактивных веществ подростками.

\* Снижение интереса к учебе, обычным увлечениям.

\* Появляется отчужденность, эмоционально «холодное» отношение к окружающим, могут усилиться такие черты, как скрытность и лживость.

\* Нередко возможны эпизоды агрессивности, раздражительности, которые сменяются периодами неестественного благодушия.

\* Компания, с которой общается подросток, зачастую состоит из лиц более старшего возраста.

\* Эпизодическое наличие крупных или непонятного происхождения небольших сумм денег, не соответствующих достатку семьи. Появляется стремление занять деньги или отобрать их у более слабых.

\* Тенденция общаться по преимуществу с подростками, которые заведомо употребляют наркотики и/или другие психоактивные вещества.

\* Повышенный интерес к детям из обеспеченных семей, назойливое стремление с ними подружиться.

\* Наличие таких атрибутов наркотизации, как шприцев, игл, небольших пузырьков, облаток из-под таблеток, небольших кулечков из целлофана или фольги, тюбиков из-под клея, пластиковых пакетов от резко пахнущих веществ, наличие специфического химического запаха от одежды и изо рта.

\* Изменение аппетита - от полного отсутствия до резкого усиления, обжорства; эпизодически тошнота, рвота.

\* Наличие следов от инъекций в области локтевых сгибов, предплечий, кистей рук, раздражений на коже, слизистых.

\* "Беспричинное" сужение или расширение зрачков.

Решающим признаком употребления подростком психоактивных средств является выявление состояния наркотического одурманивания.

В настоящее время ведущей является диагностика наркотического опьянения психиатром-наркологом. Естественно эта форма диагностики не может быть реализована в условиях образовательного учреждения.

Вторым и более перспективным направлением следует считать контроль вероятных случаев наркотического одурманивания через диагностические бесприборные экспресс-тесты (Прогрессивные Био-Медицинские Технологии. ЛТД). Эти тесты для выявления наркотиков: морфина, кокаина, марихуаны, амфетамина, метадона, бензодиазепина, фенциклидина, барбитуратов прошли комплексные испытания в НИИ наркологии МЗ РФ и рекомендованы к применению как в домашних условиях, так и в обшей медицинской практике.

При оценке употребления психоактивных веществ всегда необходимо проявлять тактичность и осторожность. Особенно это относится к работе с несовершеннолетними, имеющими наркологические проблемы, так как необоснованные подозрения в употреблении наркотических веществ могут сами по себе оказаться психотравмирующим фактором и, в свою очередь, подтолкнуть к их реальному употреблению.

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

В подобной ситуации необходимо учитывать следующие моменты.

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

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

3. Профилактическая работа должна быть не только предупреждающей, но и активно направленной, а на этапе формирующейся зависимости обязательно комплексной с привлечением всех специалистов, работающих с детьми, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками. Целевыми задачами такой комплексной деятельности являются:

- разъединение асоциальных групп, в которых практикуется постоянный прием токсических и наркотических веществ;

- объединенная помощь детям социального педагога, школьного психолога, врача, специалистов комиссии по делам несовершеннолетних в преодолении формирующейся зависимости и отклонений поведения;

- восстановление школьного статуса ребенка, бросившего прием токсико-наркотические вещества с коррекцией возникших у него пробелов в обучении и воспитании.

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

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

*Основные принципы обеспечения активной первичной антинаркотической профилактической работы в образовательной среде*.

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

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

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

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

- в превентивных образовательных программах отдельно должен быть представлен аспект подготовки специалистов в области профилактики употребления психоактивнымх веществ из числа педагогов, школьных психологов, социальных педагогов, инспекторов отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних (ОППН). Для этой цели для методического обеспечения первичной профилактической помощи целесообразно в каждом регионе на постоянной основе организовать обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников по формам предупреждения злоупотребления наркотическими средствами в детско-подростковой среде.

В своих основах первичная профилактическая помощь при распространении наркоманий в подростковой среде должна опираться на школьную психологическую службу, на подразделения центров психолого-педагогической реабилитации, на формирование широкой сети консультативных пунктов для детей и подростков. Все вместе они должны обеспечивать тесное межведомственное взаимодействие при работе специалистов с "проблемными детьми" по месту их жительства, а также родительских объединений, подростковых групп само- и взаимопомощи в школах и микрорайонах.

*Основные направления активной антинаркотической профилактики в образовательной среде.*

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

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

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

Данная форма первичной профилактической работы в школе может проводиться с подростками среднего и старшего школьного возраста.

В этом направлении первичный профилактический уровень обеспечивается не педагогическими и воспитательными, а психологическими методами, ориентированными на развитие личностных ресурсов учащихся и стратегий их позитивного поведения.

В наиболее продвинутых для такой антинаркотической работы образовательных учреждениях она проводится с подростками старшего школьного возраста (15-17 лет) в форме школьных тематических "круглых столов", учебных дискуссий и "мозговых штурмов", а также ролевых игр по актуальным проблемам противодействия формированию зависимости. Наиболее полно данное направление реализуется когда из подростков старшего школьного возраста (15-17 лет) формируются группы волонтеров для дальнейшей профилактической работы в группах взаимопомощи между подростками-сверстниками, в группах поддержки при школьном наркопосте на базе школьного медицинского кабинета.

Четвертое направление - разработка превентивных обучающих программ - тренингов для специалистов образовательного учреждения.

Это направление активной профилактической антинаркотической работы ориентировано прежде всего на обучение и переобучение методам первичной профилактики педагогического состава школы и учителей-лидеров, которые проявили интерес активно сотрудничать со школьным психологом, школьным врачом, социальными педагогами в проведении антинароктических программ. Данное направление также следует отнести к уровню первичной профилактической работы, которая включает в себя два ведущих метода. Один из них - лекционно-информационный - является привычным для педагогов; другой - психологический - направлен на развитие личностных ресурсов и стратегий позитивного поведения у школьных специалистов. Это обычно вызывает на первом этапе критическое или нигилистическое отношение, которое, как правило, в последующем преодолевается.

Данное направление первичной профилактики реализуется следующими средствами:

- лекционные занятия по психологии личности, специфике подросткового возраста, особенностям дисфункциональной семьи и стрессовым расстройствам, проблемам зависимости и созависимости, особенностям выздоровления и реабилитации при наркомании;

- практические семинары по методическому оснащению превентивных обучающих программ-тренингов для учащихся.

 **Выводы по главе I.**

Итак, на основе обзора литературы мы выявили:

**1.** Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифической, использующей преимущественно педагогичес­кие, психологические и социальные влияния. Ее воздействия на­правлены на общую популяцию подростков.

В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирование чис­ла лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет прежде всего на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укре­пить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные ре­зультаты.

Главная цель вторичной профилактики — изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Третичная профилактика наркомании и алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики — снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода

сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активное участие больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственно ответственности за свое здоровье — обязательное условие проведения третичной профилактики.

**2.** Формирование зависимости от наркотиков и алкоголя, как и других психосоциальных расстройств, связано с факторами риска и устойчивости, которые включают индивидуальные, генетичес­кие, личностные и средовые влияния, а также индивидуальные варианты взаимодействия между ними. Поэтому превентивные и лечебные воздействия, основанные на одновременном ослабле­нии риска развития зависимости от наркотиков и алкоголя и уве­личении потенциала устойчивости в определенных условиях сре­ды, намного эффективнее, чем превентивные воздействия, осно­ванные только на уменьшении факторов риска.

 **3.** Все стороны, заинтересованные в решении проблемы профилактики наркомании, ощущают потребность в конкретных законодательных актах, четко регламентирующих такую деятельность. Современное развитие законодательной базы характеризуется тем, что место профилактики среди других юридических понятий не определено, т.е. правовое поле профилактики не разработано и законодательное обеспечение государственной системы первичной профилактики практически отсутствует.

Опыт показывает, что дети с повышенным риском проблем в развитии и поведении, с наклонностью к злоупотреблению ПАВ могут быть "болевой точкой" любой семьи. Несомненно их больше в дисфункциональных и асоциальных семьях. Следует также сказать, что семьи с "проблемными детьми" могут быть из всех слоев общества и, несмотря на это, их связывают общие трудности детей, доставляющих беспокойство.

"Хорошее" поведение - это прежде всего результат общей семейной любви, уважения и взаимопонимания, а не страха и давления, и, что насилие по отношению к детям - это зло.

 **Глава II.**

**2.1. Цель, задачи, организация экспериментальной работы.**

*Цель констатирующего эксперимента:* изучить ценностные ориентации исследуемых.

*Задачи экспериментальной работы:*

1. Подобрать диагностический материал по изучению ценностных ориентаций.
2. Провести констатирующий эксперимент.
3. Проанализировать результаты констатирующего эксперимента.
4. Разработать программу действий по профилактике алкоголизма и наркомании среди подростков.

 Констатирующий эксперимент проводился в декабре – месяце 2008 года. В констатирующем эксперименте участвовали пять респондентов (три – мужского пола; два – женского пола). Возраст респондентов 14 –15 лет. Экспериментальная работа проводилась в течении двух дней. В первый день проводился констатирующий эксперимент, на второй день проводилась обработка полученных результатов.

* 1. Диагностическая методика по изучению ценностных ориентаций.

*Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.*

Тест личности, направленный на изучение ценностно-мотивационной сферы человека. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции и "философии жизни". Разработанная М. Рокичем методика, основана на прямом ранжировании списка ценностей. М. Рокич различает два класса ценностей:

1. *Терминальные* - убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться. Стимульный материал представлен набором из 18 ценностей.
2. *Инструментальные* - убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Стимульный материал также представлен набором из 18 ценностей. Это деление соответствует традиционному делению на ценности - цели и ценности-средства.

При анализе полученных ранжировок ценностей, психолог обращает внимание на их группировку испытуемым в содержательные блоки по разным основаниям. Так, например, можно выделить "конкретные" и "абстрактные" ценности, ценности профессиональной самореализации личной жизни и т.д. Инструментальные ценности могут группироваться в этические ценности, ценности общения, ценности дела; индивидуалистические и конформистские ценности, альтруистические ценности; ценности самоутверждения и ценности принятия других и т.д. Психолог должен попытаться уловить индивидуальную закономерность. Если не удается выявить ни одной закономерности, можно предположить несформированность у респондента системы ценностей или неискренность ответов в ходе обследования.

Достоинством методики является универсальность, удобство и экономичность в проведении обследования и обработке результатов, гибкость - возможность варьировать как стимульный материал (списки ценностей), так и инструкции. Существенным ее недостатком является влияние социальной желательности, возможность неискренности. Поэтому особую роль в данном случае играет мотивация диагностики, добровольный характер тестирования и наличие контакта между психологом и испытуемым. Применение методики в целях отбора, экспертизы должно быть весьма осторожным.

Особенности проведения процедуры тестирования.

Респонденту предъявляются два списка ценностей (по 18 в каждом), либо на листах бумаги в алфавитном порядке, либо на карточках. В списках испытуемый присваивает каждой ценности ранговый номер, а карточки раскладывает по порядку значимости. Последняя форма подачи материала дает более надежные результаты. Вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей.

Для преодоления социальной желательности и более глубокого проникновения в систему ценностных ориентаций испытуемого возможны изменения инструкций, которые дают дополнительную диагностическую информацию и позволяют сделать более обоснованные выводы. Так, после основной серии можно попросить испытуемого ранжировать карточки, отвечая на следующие вопросы:

1. "В каком порядке, и в какой степени (в процентах) реализованы данные ценности в Вашей жизни?"
2. "Как бы Вы расположили эти ценности, если бы стали таким, каким мечтали?"
3. "Как, на Ваш взгляд, это сделал бы человек, совершенный всех отношениях?"
4. "Как сделало бы это, по Вашему мнению, большинство людей?"
5. "Как это сделали бы Вы 5 или 10 лет назад?"
6. "Как это сделали бы Вы через 5 или 10 лет?"
7. "Как ранжировали бы карточки близкие Вам люди?"

Обследование лучше проводить индивидуально, но возможно и групповое тестирование.

## Инструкция

"Сейчас Вам будет предъявлен набор из 18 карточек с обозначением ценностей. Ваша задача - разложить их по порядку значимости для Вас как принципов, которыми Вы руководствуетесь в Вашей жизни.

Каждая ценность написана на отдельной карточке. Внимательно изучите карточки и, выбрав ту, которая для Вас наиболее значима, поместите ее на первое место. Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее вслед за первой. Затем проделайте то же со всеми оставшимися карточками. Наименее важная останется последней и займет 18 место.

Разботайте не спеша, вдумчиво. Если в процессе работы Вы измените свое мнение, то можете исправить свои ответы, поменяв карточки местами. Конечный результат должен отражать Вашу истинную позицию".

Стимульный материал к методике «Ценностные ориентации»

Список А (терминальные ценности)

1. активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);
2. жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом);
3. здоровье (физическое и психическое);
4. интересная работа;
5. красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве);
6. любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);
7. материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);
8. наличие хороших и верных друзей;
9. общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе);
10. познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);
11. продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей);
12. развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);
13. развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей);
14. свобода (самостоятельность, независимость в суждениях поступках);
15. счастливая семейная жизнь;
16. счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);
17. творчество (возможность творческой деятельности);
18. уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Список Б (инструментальные ценности)

1. аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах;
2. воспитанность (хорошие манеры);
3. высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания);
4. жизнерадостность (чувство юмора);
5. исполнительность (дисциплинированность);
6. независимость (способность действовать самостоятельно, решительно);
7. непримиримость к недостаткам в себе и других;
8. образованность (широта знаний, высокая общая культура);
9. ответственность (чувство долга, умение держать свое слово);
10. рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения);
11. самоконтроль (сдержанность, самодисциплина);
12. смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов;
13. твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями);
14. терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения);

15.широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки);

16. честность (правдивость, искренность);

17. эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе);

1. чуткость (заботливость).
	1. **Анализ результатов констатирующего эксперимента.**

Все исследуемые справились с заданием. Трое справились легко, двое после оказания помощи. Типичными ответами из списка А стали: наличие хороших и верных друзей,), здоровье (физическое и психическое), материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);

свобода (самостоятельность, независимость в суждениях поступках), активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни).

Типичными ответами из списка В стали: смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов, независимость (способность действовать самостоятельно, решительно). Для удобства восприятия предлагаем табличный вариант обработки результатов .

|  |  |
| --- | --- |
|  ценностные ориентации | Респонденты |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Наличие хороших и верных друзей | Здоровье (физическое и психическое) | Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом) | Наличие хороших и верных друзей | Здоровье (физическое и психическое) |
| 2 | Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений) | Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений) | Наличие хороших и верных друзей | Здоровье (физическое и психическое) | Наличие хороших и верных друзей |
| 3 | Смелость в отстаивании своих мнений | Свобода (самостоятельность, независимость в суждениях поступках) | Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно) | Активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни). | Эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе); |

Графически полученные результаты можно представить следующим образом:

**Выводы по главе II.**

### Для эффективной профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков необходимо знать, на какие материальные, социальные, духовные ценности ориентированы подростки. Важно учитывать и уровень сформировавшихся ценностных ориентаций.

### В ходе эксперимента мы наблюдаем склонность респондентов к конкретным целям, инструментальные же ценности больше ориентированы на независимость, самостоятельность, смелость в отстаивании своих решений.

 У 80 % респондентов (от общего количества респондентов) наблюдается ориентация на наличие хороших и верных друзей, у 60 % респондентов наблюдается ориентация на физическое и психическое здоровье, 40% ориентированы на материальное благополучие.

Таким образом, можно утверждать, что у респондентов недостаточно сформированы ценностные ориентации.

На основе полученных данных предлагаем программу тренингов личностного роста, способствующих формированию убеждений о ценности здоровья, формированию активной социальной позиции участников и развитие у них способности производить значимые положительные изменения в своей жизни.

 **Заключение.**

Последовательное, этапное и комплексное выполнение мероприятий, направленных на разрешение выделенных "ключевых" проблем, сделает работу по профилактике наркомании и алкоголизма среди детей и подростков системной, конструктивной и позволит преодолеть негативные тенденции в развитии наркоситуации в детско-подростковой популяции России.

В заключение следует указать, что в рамках территориальных программ необходимо организовывать и проводить на межведомственной основе (совместно с ГУВД, Комитетом по делам семьи и молодежи) регулярный мониторинг распространенности употребления ПАВ для систематического анализа региональных особенностей наркоситуации в детско-подростковой популяции, для выявления негативных тенденций ее развития и принятия упреждающих мер, позволяющих контролировать и активно воздействовать на наркоситуацию в регионе.

Образовательные программы должны быть основаны на дифференцированном подходе к детям с точки зрения их возраста (младший и средний школьный возраст) и их включенности в наркотическую ситуацию. Наиболее эффективен такой подход к детям с искаженным характером представлений о наркоситуации и о наркотиках, к детям, не имеющим опыта контакта с подростками, включенными в наркосреду).

К этому направлению следует отнести образовательные программы, ориентированные на формирование у детей, начиная с младшего школьного возраста, ценностей и навыков здорового образа жизни. Такие программы относятся к уровню первичной профилактической работы и осуществляются путем "обучения через предмет"- это валеология, основы безопасности жизнедеятельности и воспитание ценностей и навыков здорового образа жизни.

В настоящее время многие программы по данным предметам (валеология, ОБЖ) нуждаются в определенной модификации с целью усиления в них аспектов действенной, антинаркотической профилактики, включая усиление следующих компонентов:

- образовательный компонент: углубление знаний о ценностях здорового образа жизни и поведенческих навыках, облегчающих следование здоровому образу жизни, формирующих умение делать собственный выбор в отношении здорового образа жизни;

- психологический компонент: углубление знаний о себе, своих чувствах, формах реагирования, особенностях принятия решений; формирование позитивной концепции самосознания у ребенка;

- социальный компонент: активное формирование навыков коммуникабельности и общения, социальных навыков, необходимых для социальной адаптации, здорового образа жизни.

Второе направление - разработка авторских образовательных программ, ориентированных на предупреждение употребления психоактивных веществ.

Это превентивные, т.е. несущие определенный потенциал предупреждения от употребления психоактивных веществ, образовательные программы относятся к уровню активной первичной профилактической работы. В их основе также лежит обучение через предмет, а именно такие предметы как история, биология, химия, литература и частично ОБЖ.

В условиях образовательного учреждения развитие этого направления первичной профилактической работы в школе обеспечивается прежде всего осознанием проблем первичной профилактики зам. директора по учебной и воспитательной работе. Разработка авторских программ обеспечивается чаще всего активно озабоченными угрожающей наркотической ситуацией учителями-предметниками, в программы которых входит формирование у учащихся знаний о наиболее общих механизмах действия психоактивных веществ, о истории их распространения, о морально-этических проблемах, возникающих перед человеком при злоупотреблении наркотиками и т.д. Для формирования этого направления работы также могут привлекаться лектора - специалисты по отдельным проблемам здоровья и развития (половое воспитание, психическое здоровье и проблемы зависимости) и школьный врач.

Превентивные образовательные программы выполняют свое назначение, если в них достаточно глубоко проработаны следующие компоненты действенной, антинаркотической профилактики:

образовательный компонент - минимальные знания о наркотических веществах и особенностях развития зависимости; знания о социальных и медицинских последствиях, к которым приводит зависимость при употреблении психоактивных веществ;

психологический компонент - знание о себе и путях коррекции психологических особенностей личности, способствующих развитию зависимости от употребления психоактивных веществ, формирование устойчивой самооценки, умения сказать "нет", нести ответственность за себя и свой выбор, умения при необходимости обратиться за психологической, социальной или наркологической помощью;

социальный компонент - формирование навыков общения, преодоления чувств вины, неуверенности, психологической зависимости.

Третье направление - разработка и внедрение в практику работы образовательного учреждения превентивных обучающих программ - тренингов для учащихся.

Чтобы обеспечить развитие в образовательном учреждении всех направлений первичной профилактической работы необходимо в каждой территории для методического обеспечения первичной профилактической помощи на постоянной основе организовать межшкольные обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников детства по методам и формам активной профилактической работы в образовательной среде, а также путям обмена новым опытом в этой работе. Программы семинаров должны носить практическую направленность, обучать навыкам отношения к ребенку, который начал употреблять психоактивные вещества, навыкам противодействия агрессивному поведению детей, средствам восстановления школьного статуса ребенка, бросившего употреблять психоактивные вещества. Через такие семинары необходимо распространять новый опыт по инновационным психолого-педагогическим методам формирования у детей ценностного отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни, а также активные психологические установки противодействия приему наркотиков.

Таким образом, первая задача нашего исследования была решена в процессе анализа литературы по изучению проблемы профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков.

При проведении констатирующего эксперимента мы подобрали и апробировали диагностическую методику по изучению сформированности ценностных ориентаций у подростков.

 Проблема профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков не исчерпывается рамками данной курсовой работы, на данную тематику возможны и другие исследования.

 **Библиографический список.**

1. Акопян А.С.,Харченко В.И., Мишиев, В.Г.: Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России.- Москва, 1999.
2. Алферов Ю.А., Гуляев В.Н. Словарь наркомана. Домодедово,
1996.
3. Анохина И. П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.
4. Бахрошин Н. Любовь, героин и весна // Версия. 1999.24 сентября.
5. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при ал­коголизме. — М., 1974.
6. Бузина Т. С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. канд. психол. наук. — М., 1998.
7. Буева Л. П. Реабилитация воспитания // Учительская газета.
1999. № 32.
8. Валентик Ю. В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М., 2002.
9. Вопросы философии: научно – познавательный журн./январь 2007.
10. Габиани А.А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы. М., 1990.
11. Герасименко Н.Ф. Россия без будущего? Наркомания и алкого­лизм угрожают генофонду нации. М., 1999.
12. Грюнталь Н.А. Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 2002.
13. Данилин А. Г., Данилина И.В. Как спасти детей от наркотиков. М., 2000.
14. Драган II.Г., Калачев Б.Ф. Наркомания и наркобизнес. Выявле­ние и пресечение незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ / Под ред. П. Г. Пономарева. М., 1998.
15. Елшанский С. П. Психосемантические аспекты нарушений структури­рования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс.... канд. психол. наук. — М., 1999.
16. Закон об ограничении курения табака» № 87 принят Гос. Думой 21.06.2001., одобрен Советом Федерации 29.06.2001.
17. Кварпши Л.М. Эйфория: достижение, характеристика, анализ ощущений. М., 1991.
18. Китова О.: Прозевали, прокурили, газета РБ № 20 от 10.06.2008.
19. Кодекс РФ об административных правонарушениях по состоянию на 25.02.2008.
20. Колесников А.Н. Коварство мифов. Деградация личности — рас­
пад страны // Учительская газета. 1999. № 10.
21. Колесников A.M. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути Комиссаров Б.Г., Романенко А.А. SOS. Наркомания. Ростов-на-Дону, 2000.
22. Кофи Аннан. Выступление на Первом всемирном конгрессе ан­
тинаркотических сил. М., июнь 1999 г. // Вестник Интерпола.
Международная газета. 1999. 26 июня.
23. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы: Книга для учителя. М., 1991.
24. Личко А.Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л., 1991.
25. Материалы Первого Всемирного конгресса антинаркотических
сил // Вестник Интерпола. Международная газета. 1999. 26 июня.
26. Наркомания и России: угроза нации. Материалы парламентских слушаний "О неотложных мерах по борьбе с распространением наркомании и России», 2 марта 1998 г. / Доклад Совета по внешней и оборонной политике. М., 1998
27. Не считай себя виновной // Комсомольская правда. 1999. 1 фев­раля.
28. Никитина В. Чистка мозга для наркоманов // Аргументы и фак­ты. 2000. № 1-2.
29. Новая экономическая газета № 24 2008 (с.10.).
30. Прими наркомана с миром // Аргументы и факты. 1999. № 32.
31. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М., 1994.
32. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М., 2002
33. Речное Д.Д., Латышев Г.В., Яцышин СМ. и др. Шаг за шагом от
наркотиков: Книга для родителей. СПб., 1999.
34. Руководство по наркологии: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002.
35. Рязанцев С.В., Рыбаковский Л.Л.: Стратегия демографического развития России. – Москва,2007.
36. Сирота Н.А. Клинико-психологические характеристики гашишной нар­комании в подростковом возрасте: Автореф. дисс.... канд. психол. наук. — М., 1990.
37. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореф. дисс. ...'д-ра мед. наук. — СПб., 1994.
38. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилак­тика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиатр, и мед. психол. — 1994. — № 1. — С. 63 — 74.
39. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Теоретические основы копинг-профи-лактики наркоманий как база для разработки практических превентив­ных программ // Вопросы наркологии. — 1996. — № 4. — С. 59 — 67.
40. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. — М., 2000.
41. Сирота НА., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. — М., 2000.
42. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. и др. Профилактика наркомании и ал­коголизма у подростков. От теории к практике. — М., 2001.
43. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О. В. и др. Концептуальная про­грамма первичной профилактики злоупотребления наркотиками и дру­гими психоактивными веществами. — М., 2001.
44. Собкин В.С., Абросимова З.Б, Адамчук Д.В., Баранова Е.В.:Проявление девиац Собрание законодательства Российской Федерации. 1999. № 39.
45. Социально – гуманистические знания: научно – познавательный журн./январь 2008.
46. Социология в России/Под ред. В.А. Ядова.Изд.2. М., 1998.
47. Спасти своего ребенка // Московский комсомолец. 1998. 17сентября
48. Тапилина В.С.: Качество населения и потребление алкоголя в современной России, Ин –т экономики и организации промышленного производства СО РАН, Новосибирск: ЭКО № 9 2005.
49. Указ президента РБ от 22.12.2006 № УП – 617 (ред. От 07.06.2008) «Об утверждении программы по противодействию злоупотреблению наркотикамит и их незаконному обороту в РБ на 2007 –2009 годы».
50. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противо­действия потреблению наркотиков и их незаконному обороту
на 1999—2001 годы...» // Собрание законодательства Российской
Федерации. 1999. № 20.
51. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберт Д.Г., ХайманС.Е. Нарколо­гия. М. СПб., 1998.
52. Шашков В.Н. В сетях нарколоббии. М., 1999.

.