

Антинаркотическое воспитание молодежи



В работе по профилактике наркомании задействованы многие социальные институты. Законодательные органы разрабатывают правовую базу борьбы с неконтролируемым распространением наркотиков. Силовые органы (МВД, ФСБ и др.) проводят специфические мероприятия по борьбе с наркомафией, обеспечивают претворение соответствующих законов в жизнь. Научные организации и учреждения совершенствуют методы выявления лиц, потенциально подверженных наркомании, разрабатывают способы лечения больных, разрабатывают меры по ограничению использования потенциальных психоактивных веществ в промышленности и сельском хозяйстве. Вместе с тем наркомания — это прежде всего заболевание человека, поэтому общее руководство профилактической работой в этой области осуществляют медицинские учреждения и организации. В соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения профилактика наркомании делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика является неспецифической и наиболее массовой. Целью этого вида профилактики является формирование активного, адаптивного, высоко функционального жизненного стиля, направленного на продвижение к здоровью. Усилия первичной профилактики призваны менять одни развивающиеся формы поведения на другие и направлены не столько на предупреждение болезни, сколько на формирование здорового поведения.

Вторичная профилактика включает в себя как социально-психологические, так и медицинские мероприятия неспецифического характера. Ее контингентом являются люди с поведением риска заболеть наркоманией.

Третичная профилактика наркомании является преимущественно медико-социальной, индивидуальной и направленной на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую форму: последствий в виде стойкой дезадаптации.

Естественно, что методика профилактической работы по этим направлениям различна. Вместе с тем практически в каждом из них имеется значительная педагогическая составляющая.

Термин «методика» широко используется в педагогике. Он происходит от слова «метод» (греч. *methodos* — путь исследования или познания, теория, учение), которое означает совокупность приёмов или операций практического или теоретического освоения действительности, подчинённых решению конкретной задачи. В узком смысле методика — это система методов, обеспечивающих достижение определенной цели. В

педагогике методика выступает как теория достижения конкретной педагогической задачи. Например, методика физики выступает как теория организации обучения физики, методика биологии — обучения биологии, и т.д. Поэтому методику обучения той или иной дисциплине нередко называют частной дидактикой. В отличие от методики, дидактика — часть педагогики, разрабатывающая теорию образования и обучения, воспитания в процессе обучения, не связанного с какой-либо одной конкретной областью деятельности. В связи с этим методику профилактики наркомании можно рассматривать как теорию образования в области употребления наркотических и психоактивных веществ, целью которого является предотвращение возможных негативных последствий их использования, в первую очередь предотвращение наркомании.

Разработка эффективных педагогических методов профилактической работы должна основываться на знаниях механизмов развития наркомании.

Теоретические подходы к объяснению развития наркомании

В основе формирования зависимости от наркотических или других психоактивных веществ (наркомании) лежат:

- привыкание — невозможность исключить его из своей жизни в связи с постоянной потребностью в нем;
- толерантность — необходимость постоянно увеличивать дозу принимаемого препарата для достижения желаемого эффекта;
- нарушения соматических функций,
- нарушения социальной или профессиональной деятельности (например, применение насилия, утрата друзей, проблемы в учебе и на работе, невозможность учиться и работать, нарушения закона).

Зависимость от наркотиков развивается как психическая, как физическая или как сочетанная (одновременно психическая и физическая).

Психическая зависимость характеризуется постоянным или периодическим влечением (страстным желанием) принять наркотик, без которого развиваются эмоциональные и поведенческие нарушения.

Физическая зависимость характеризуется резкими нарушениями биохимических процессов в организме, включением наркотического вещества как необходимого для организма компонента в его биологическое, психическое и социальное функционирование. Признаками физической зависимости являются компульсивное влечение к наркотику и абстиненция (синдром отмены).

Человечество начало понимать, что алкоголизм и наркомании -болезни, связанные со злоупотреблением химическими веществами, только в конце XIX — начале XX века. Первые теории объясняли наркоманию вырождением (дегенерацией) личности. Это связано с тем, что в конце XIX века среди врачей было принято связывать различные заболевания с вырождением семей с течением времени. Затем дегенерационные теории наркомании были вытеснены биологическими теориями. Согласно этим теориям в процессе развития ребенка под действием тех или иных причин повреждаются определенные мозговые образования. Развитие головного мозга может нарушаться в

результате воздействия различных причин: механических травм (сотрясений мозга); инфекционных заболеваний, особенно вирусных; всевозможных отравлений, в том числе тяжелых пищевых отравлений, а также в результате психических стрессов. Другая группа близких этим теорий - психиатрические теории. Их суть заключается в том, что наркоманией могут заболеть только люди, имевшие изначально какое-либо психическое заболевание (например, психопатию, шизофрению или маниакально-депрессивный психоз).

Ряд теорий рассматривает развитие наркомании с социо-психологических позиций — формирование зависимости происходит в глубине психики человека, но в связи с его общественным окружением. Согласно психодинамическим теориям зависимость от действия наркотика и ведение соответствующего образа жизни можно рассматривать как адаптацию к замедленному развитию эго («осознаваемая часть» личности человека, его «Я»). Наркоман с характерологическими расстройствами страдает от дефектов в предгенитальном развитии личности (до 10-12 лет). В семейном положении (обстановка в семье) критический период можно обнаружить особенно на стадии сепарации (индивидуализации) в период, когда развиваются чувство собственного достоинства, управление импульсами и функция супер-эго (часть личности человека, касающаяся его отношений с обществом). Одним из психодинамических подходов к наркомании является теория самоуважения. В рамках этой теории самоуважение рассматривается как главный психодинамический механизм, лежащий в основе наркомании и любого употребления наркотиков. Теория утверждает, что все поведение индивидуума пронизано попыткой защитить свою самостоятельность внутри социума. В процессе социализации самоуважение развивается медленно. Основа закладывается в начале жизни и присутствует при окончательном формировании личности. Это не означает, что самоуважение не может позднее меняться в положительную или отрицательную сторону, так как индивидуум очень подвержен социальному давлению. Невысокое самоуважение может быть результатом постановки слишком трудных задач или недостижения реальных целей из-за отсутствия уверенности в собственных силах.

Системно ориентированные теории рассматривают наркоманию как результат патологического равновесия в системе семейных или других отношений. В личных отношениях наркоман дает партнеру возможность быть сильнее его самого. В системе семьи наркоман отвлекает внимание от других проблем и удерживает членов семьи вместе, становясь предметом их общего внимания.

Социальные теории связывают злоупотребление наркотиками с дисфункционированием общества. Люди употребляют наркотики, чтобы избежать давления, оказываемого обществом, или в знак протеста против его норм. Общество клеймит и отвергает наркоманов. Их делают козлами отпущения те, кто приспособился к обществу, как бы несправедливо оно ни было. Некоторые из сторонников социальной теории утверждают, что ни один наркоман не может быть подвержен лечению, так как оно не может повлиять на настоящую причину наркомании: дисфункционирующее общество. Они утверждают, что лечение может лишь заклеить людей, не являющихся по сути ни больными, ни ненормальными.

Теории профилактики наркомании

Краткий обзор теорий возникновения наркомании показывает, что общепризнанного мнения об этиологии наркомании до сих пор не существует. Это связано с тем, что возникновение наркомании и токсикоманий обусловлено комплексом взаимосвязанных факторов.

Макросоциальные факторы — это местные традиции, обычаи, следование определенной моде и т.п. Как правило, выявляется одновременное воздействие нескольких факторов. Медицинские факторы проявляются, когда в связи с наличием соматического заболевания назначаются препараты, вызывающие развитие зависимости, а лечение ведется неправильно.

Разнообразие теорий возникновения наркомании приводит к тому, что имеется множество теоретических подходов к ее профилактике. Все эти подходы ориентированы прежде всего на модификацию поведения человека. «Беда всех теорий профилактики наркомании в их рано или поздно обнаруживающейся несостоятельности. Эта несостоятельность прежде всего связана с постоянно изменяющимися социально-психологическими явлениями и процессами в обществе» (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 2000).

Тем не менее одна из теорий профилактики получила мировое признание с точки зрения ее адекватности многим международным профилактическим стратегиям. Это теория социального научения А. Бандуры. Данная теория исходит из того, что многие формы поведения человека являются результатом его взаимодействия с социальной средой. В связи с этим профилактику наркомании можно рассмотреть как работу с поведением людей.

Р. Лазарусом на основе интеграции теории социального научения с теорией стресса (Г. Селье) была разработана интегративная модель стресса и копинга. В этой теории поведение человека рассматривается не просто как механический ответ на воздействие среды, а как сложное социально-психологическое образование, некий опыт, через который преломляются требования социальной среды. В результате этого опыта формируются те или иные формы поведения. Из чего же состоит этот опыт? Он состоит из определенных личностных и средовых ресурсов и поведенческих стратегий.

Личностным ресурсом является, прежде всего, Я-концепция человека. Под Я-концепцией понимается совокупность всех представлений личности о себе, сопряженная с их оценкой. Она включает образ Я (картину Я) и самооценки (принятия себя). Образ Я — описательная составляющая Я-концепции, а самооценка составляющая, связанная с отношением к себе или отдельным своим качествам. Образ Я — представление индивида о себе (когнитивная составляющая), самооценка — аффективная оценка этих представлений (эмоционально-оценочная составляющая), потенциальная поведенческая реакция — поведенческая составляющая Я-концепции как установки.

Помимо этого к личностным ресурсам относятся: умение контролировать свою жизнь, свое поведение, брать за это ответственность на себя — интервальный локус контроля; умение общаться с окружающими и знания о социальной действительности — определенная социальная компетентность; умение быть эмоциональным, сопереживать окружающим в процессе общения, «проживать вместе с ними» какой-то отрезок жизни и таким образом накапливать свой собственный опыт — эмпатия; умение общаться с людьми, желание и стремление быть с ними вместе — аффилиация.

К ресурсам также относятся и такие элементы личностной зрелости, как своя, собственная позиция по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере, духовности; ценностные ориентации и мотивационная структура личности.

Помимо ресурсов личности человек обладает и ресурсами социальной среды (средовые ресурсы), которые также определяют его поведение. Это та социальная сеть, то

окружение, в котором живет человек. Эта система социальной поддержки может существовать на уровне мирового сообщества, страны, государства, конкретного города, района, конкретной школы или вуза, на уровне конкретной семьи, друзей и т.д. Но помимо наличия этой системы необходимо, чтобы социальная поддержка реально оказывалась, воспринималась и чтобы человек умел запрашивать, находить. Все это в целом называется социально-поддерживающим процессом. Социально-поддерживающий процесс также является ресурсом человеческого поведения. Стало быть, для того чтобы мы могли рассчитывать на достаточно адаптивное поведение студенческой молодежи, у нее должен быть высоко развит уровень личностных и социальных ресурсов. Этого добиться не просто, но возможно, используя определенные профилактические обучающие программы, основанные на системе обучения здоровому поведению. Таким образом, профилактика наркомании, согласно рассмотренной теории, сводится к обучению здоровому поведению.

В качестве альтернативной рассматриваемым теориям можно предложить педагогическую теорию профилактики наркомании, основанную на социобиологическом подходе. Этот подход к разработке методологии профилактики наркомании основывается на том, что, согласно теориям развития наркомании, наибольшее значение имеют личностные и микросоциальные факторы. Личностные факторы — это особенности психики людей, становящихся на путь наркотизации. Микросоциальные факторы проявляются тогда, когда человек начинает принимать наркотики, токсиканты под влиянием ближайшего окружения — друзей или членов семьи.

Научную основу предлагаемой теории составляют разработки психологии личности и социобиологии. В рамках этой теории внимание педагога концентрируется не столько на поведении человека, сколько на комплексе социальных и психологических причин, вызывающих то или иное поведение.

В контексте обсуждения методики профилактики наркомании на основе социобиологического подхода личность рассматривается как социализированный индивид. При этом под индивидом понимается человек, рассматривающийся в качестве единичного природного (биологического) существа, представителя вида *Homo sapiens*.

Как следует из перечисленных выше теорий возникновения наркомании, в качестве одного из факторов, провоцирующих этот тяжелый недуг, выступает конфликт индивида и общества. Наркоманию можно рассматривать не только как причину асоциального поведения индивида, но и как следствие недостаточной социализации человека. Человек является личностью уже в силу своего рождения в обществе. Но каждый конкретный человек социализирован в разной степени. По определению, высшая степень социализации характеризуется гармонией человека и общества, низшая — острым конфликтом человека и его социального окружения (рис. 6.1). Естественно, что наркомания и поведение человека, ведущее к формированию наркомании у него самого или окружающих, — один из видов конфликта человека и общества. Очевидно, что человек может противостоять злоупотреблению наркотиками, избежать пристрастия к ним лишь при его высокой степени социализации.

Индивид, употребляющий сильные наркотические вещества, пытается решить свои проблемы, получить удовольствие, непосредственно действуя химическими веществами на соответствующие центры головного мозга, нисколько не заботясь о последствиях такого поведения для социального окружения. Сила прямого действия на «центры удовольствия» столь велика, что крысы не подходят к кормушке, погибают от голода, не снимая лапки с рычага, замыкающего электрическую цепь, обеспечивающую прямое раздражение этих

центров. В этих экспериментах прямое воздействие на «центры удовольствия» блокирует потребность в пище — важнейшую биологическую потребность организма. Естественно, что социальные потребности, имеющие гораздо меньшее биологическое подкрепление, блокируются при прямом действии на «центры удовольствия» гораздо легче.

Среди множества моделей личности наиболее адекватной в свете обсуждаемой проблемы представляется модель, предложенная К.К. Платоновым. Согласно этой модели структура личности включает четыре компонента: биологически обусловленные подструктуры, психические процессы и состояния, социальный опыт, направленность

Согласно этой модели воспитательное воздействие формирует направленность личности (потребности, интересы, идеалы, отношения, убеждения, характер). В процессе обучения личность приобретает социальный опыт (знания, умения и навыки). Тренировка способствует совершенствованию психических процессов и способностей. Биологически обусловленные подструктуры личности (тип нервной системы, темперамент, пол, возраст, конституция тела и т.п.) практически не поддаются педагогическому воздействию. Однако высокоразвитая личность может усилием воли скорректировать социально нежелательные психологические особенности темперамента, возраста, пола и т.п.

Исходя из представлений, развиваемых в рамках биосоциальной теории, профилактика наркомании должна включать:

— *формирование антинаркотической направленности личности*, воспитание сильного характера, способного усилием воли преодолевать сложные психические состояния, противостоять искушению «легкого» решения проблем;

— *приобретение социального опыта* (знаний, умений и навыков), обеспечивающего возможность решения социальных и личностных конфликтов без злоупотребления психоактивными веществами;

— *тренировку познавательных и эмоциональных психических процессов*, обеспечивающих устойчивость личности в экстремальных условиях.

В процессе педагогической работы, направленной на профилактику наркомании, особое значение имеет формирование у человека *положительной Я-концепции*.

Положительная Я-концепция определяется: 1) твердой убежденностью в импонировании другим людям (одобрении со стороны других); 2) уверенностью в способности к тому или иному виду деятельности (способностью достигать поставленные цели); 3) чувством собственной значимости (производное от оценки, которую личность интуитивно выносит себе).

Педагог должен работать не только на личностном уровне, обучая и воспитывая, формируя у каждого молодого человека личностную устойчивость к наркотикам. Не менее, а порой даже более, значимо педагогическое руководство микросоциальным окружением, в котором находится юноша или девушка.

Коллектив в контексте рассматриваемой проблемы рассматривается как относительно компактная социальная группа, объединяющая людей, занятых решением конкретной социально значимой задачи. Коллектив гармонично сочетает интересы личности и общества и основан на общности целей, принципах сотрудничества, выступающих для его

членов в виде ценностных ориентации и норм деятельности. Коллектив — высшая форма объединения людей.

Согласно представлениям социобиологии коллектив формируется из примитивной группы, подобной сообществам, складывающимся в стаде животных. В реальных условиях любая социальная группа находится на различных стадиях формирования коллектива (рис. 6.3).

В условиях конфронтации с непосредственным социальным окружением и обществом в целом в примитивной группе действуют особые законы, на основе которых складываются взаимоотношения ее членов, формируется жесткая иерархическая структура этой социальной общности. Верхнее положение в этой структуре занимает лидер группы (а-член группы), пользующийся исключительным правом присвоения себе любых благ и проявления безнаказанной агрессивности по отношению к любому члену группы. Следующий уровень иерархии составляют р-члены группы. Они, как правило, не становятся во главе иерархии группы, а составляют ее «мозговой центр». Следующий уровень составляют у-члены. Это разнородная по составу подгруппа, в которой идет наибольшая борьба за достижение наивысшего ранга. Самые слабые, трусливые или наименее смекалистые члены примитивной группы — это 5-члены. Низший уровень в иерархии примитивной группы образуют со-члены. Это «опущенные» члены примитивной группы, т.е. те, кто проявил амбиции, не соответствующие положению в группе и личным качествам, те члены примитивной группы, которые не выполняли неписанные, но неуклонно выполняемые всеми ее членами правила поведения.

Правила поведения примитивной группы направлены на выполнение главной задачи, стоящей перед ней как социальным образованием: выдвижение решительного лидера, способного обеспечить высокую дисциплину ее членов — это залог выживания группы в условиях жесткого прессинга общества. Такой лидер формируется в условиях непрекращающихся внутренних конфликтов в самой примитивной группе.

Постоянные конфликты в примитивной группе возникают ввиду того, что ее члены подчиняются правилу рангового соответствия и правилу унижения. Правило рангового соответствия состоит в том, что демонстрировать превосходство допустимо только в отношении лиц, имеющих более низкий ранг в группе. Красноречивым, умным, красивым, кипуче-темпераментным допустимо быть только для находящегося наверху иерархии. Правило унижения требует от членов примитивной группы постоянного унижения тех, кто находится в той же или низшей ранговой группе. Специально направлены на унижение реакции амбиции, самодовольства, злорадства, зависти. Однако для унижения можно не проявлять эти и другие реакции, достаточно продемонстрировать другому свое превосходство в чем-либо. Но у любого человека найдется хотя бы одна черта, которой он превосходит другого (М. Монтень). Поэтому каждый член примитивной группы может унижать другого независимо от своих желаний.

В условиях постоянных конфликтов в примитивной группе действуют правила отбора на силу. Это правило отпора, правило силы и правило выдвижения. Согласно правилу отпора субъект обязан немедленно воспротивиться проявлению превосходства над ним того, кто находится в пределах общего или смежного ранга. Правило силы требует от члена примитивной группы продемонстрировать свое превосходство, унижить другого в любом случае, если он может сделать это безнаказанным. Иначе его сочтут слабым. Занять высшие ступени иерархии может лишь тот, кто бестрепетно следует правилу силы (правило выдвижения).

Следующие два правила определяют условия наказания низкоранговых. Гонимым становится субъект, демонстрирующий свои дарования, но лишенный силы (правило гонения). Каждому члену группы дозволена реакция агрессии и экспансии в отношении любого и-члена группы (правило «козла отпущения»).

Несмотря на то что конфликт — основа существования примитивной группы, в ней существуют правила снятия излишней напряженности, ее самосохранения. Участвуя в групповом гонении низкоранговых, низкоранговый член группы отводит агрессию от себя (правило отвода от себя). Унижение, нанесенное одним субъектом другому, может быть возмещено материальной ценностью (правило возмещения убытка). Правило незаинтересованности требует от члена примитивной группы скрывать свою заинтересованность в чем-либо. Проявление интереса к чему-то демонстрирует неполноту амбиции, что воспринимается как признание себя ниже рангом того, к действиям которого проявляется интерес.

Несоблюдение правил соблазна и послабления является основанием для того, чтобы член примитивной группы был переведен в низший ранг. Субъект, доверившись другому, создает ему соблазн воспользоваться тем, что ему доверили. Тот, кто вводит в соблазн, сам становится виновником возможных последствий, вызванных действием того, кому он доверился (правило соблазна). Согласно правилу послабления субъект более высокого ранга, позволяющий нижестоящему минимальные проявления амбиции, вскоре сталкивается с тем, что они перерастают в максимальные. Виновником в этом считается член группы, допустивший подобные послабления.

Изложенные выше правила поведения были выявлены этологами при изучении группового поведения высших животных. Следующие два правила характерны исключительно для примитивных групп людей. Согласно правилу круговой поруки все члены примитивной группы должны вовлекаться в противоправные действия. Правило нормальности требует от членов примитивной группы всяческого отрицания следованию всем вышеизложенным правилам, обоснования своих действий любыми рациональными, моральными или другими доводами, иначе его сочтут глупым (психом) и «опускают».

Крайние степени примитивизма характерны для криминальных групп, для групп, формирующихся в пиничитарных учреждениях, в армии (дедовщина).

Основываясь на рассмотренном представлении о структуре микросоциальных групп, можно определить следующие стратегии профилактики наркомании.

Самое главное — выявление и ликвидация причин, противопоставляющих группу обществу, формирование из примитивной группы коллектива.

При работе с микросоциальной группой прежде всего необходимо определить ее структуру. Если конфликт группы с обществом не носит крайних форм, не следует дискредитировать ее лидера, разваливать группу. Педагог должен прежде всего стараться ликвидировать внутригрупповые конфликты, нормализовать психологический климат. Профилактическая работа с лидером и высокоранговыми членами позволит избежать наркотизации остальных членов. Низкоранговые члены — это лица, наиболее подверженные опасности стать наркоманами. Поэтому необходима индивидуальная профилактическая работа с ними. Цель этой работы — развитие личности, формирование положительной Я-концепции.

Разнообразные причины, вызывающие наркоманию, для каждого конкретного человека имеют больший или меньший вес. Исходя из этого, методика профилактики наркомании на уровне личности зависит от особенностей комбинации факторов, обуславливающих развитие наркомании в том или другом случае.

Факторы возникновения наркозависимости

В соответствии с тем, что известно о действии наркотиков на организм человека и социальной опасности их употребления, педагогическая работа по предупреждению наркомании должна быть направлена на: 1) борьбу со злоупотреблением «легкими» наркотиками и психоактивными веществами; 2) создание условий, исключающих первичное употребление наркотиков, вызывающих быстрое привыкание.

При профилактике наркозависимости следует учитывать, что приобщение к приему одурманивающих средств чаще всего происходит в молодом возрасте, часто в подростковом, т.е. в 14-15 лет. Мотивами, склоняющими молодого человека к приему наркотиков, часто являются любопытство, подражание, неудовлетворенность своим положением в семье, в школе, в жизни в целом, стремление найти свое место в группе (других подростков или взрослых), протест против «навязываемых норм поведения».

Первичная наркотизация у молодежи обычно происходит в форме групповых «проб», «экспериментов», т.е. в русле специфических возрастных поисков «интересного времяпрепровождения», стремления к новому, необычному, рискованному, свойственному «миру взрослых».

Возникновению указанных поисковых мотивов способствуют дефекты развития личности: неразвитость или отсутствие сформированных, стабильных, эмоционально яркоокрашенных, приносящих удовлетворение интересов, увлечений, занятий, ориентированных на подлинные духовные, культурные, социальные ценности; недостаточность навыков творческого труда, общения, разумного проведения досуга.

К постоянному применению одурманивающих веществ могут прибегать молодые люди в невротическом состоянии в связи с острым, длительным конфликтом в семье, школе, переживаниями одиночества, отсутствием близких друзей или разрыва с ними, неудач в отношениях с противоположным полом.

Таким образом, молодых людей с определенной готовностью к наркотизации характеризует:

— личностная психическая (эмоциональная и интеллектуальная) и социальная незрелость, инфантильность, волевая слабость, склонность к безделью, избыточная конформность — зависимость, подчиняемость, готовность подражать другим, следовать за лидерами, в том числе отрицательными;

— стремление получать любым путем и как можно быстрее удовольствие, новые впечатления и ощущения, приятные и даже неприятные;

— неумение контролировать и регулировать свое поведение, реакции, эмоции с импульсивностью в поступках, некритичностью, низкой устойчивостью к психическим нагрузкам, конфликтам, плохой приспособляемостью к новым, сложным ситуациям;

— неправильная самооценка, завышенная или низкая, способствующая избыточной тревожности, напряженности, повышенной потребности в разрядке любым способом.

Исходя из этих представлений о причинах формирования наркозависимости строится работа по ее профилактике среди учащихся и студентов.

Виды профилактики наркомании

Решение проблемы предупреждения нарко- и токсикоманий обеспечивается системой общегосударственных, общественных, педагогических, медицинских мероприятий различного уровня и направленности. Социальная профилактика нарко- и токсикоманий — это мероприятия (в том числе общегосударственного масштаба), направленные на преодоление общественных и личностных условий возникновения и распространения этих заболеваний.

Речь идет о дальнейшем улучшении духовных, материальных, культурных, бытовых сторон жизни граждан общества.

Педагогическая профилактика — это целенаправленное нравственное и трудовое воспитание подрастающих поколений, цель которого формирование личности, обладающей сильным характером, ясными взглядами, развитыми интересами, богатым эмоциональным миром, прочными навыками творческого труда, отдыха, содержательного общения, личности «самодостаточной», но в то же время всегда чутко соотносящей свои интересы и интересы коллектива, семьи, общества.

Можно говорить также о медико-педагогической профилактике. Прежде всего речь идет о формировании у каждого учащегося концепции здорового образа жизни, опирающейся на сознательное и ответственное отношение к своему здоровью, не сводящееся к борьбе с болезнями. Здоровый образ жизни — это знание правил санитарии, гигиены жилища и среды обитания в широком смысле слова, т.е. норм экологии. Это строгое соблюдение гигиены тела, активное приобщение к физической культуре и спорту, гигиена физического и умственного труда, гигиена личной жизни. Это четкие представления обо всех вредных для здоровья факторах и привычках, это сознательное негативное отношение к курению, алкоголизации, наркотизации. Это, наконец, твердая установка на недопустимость даже однократного приема наркотиков или других одурманивающих веществ, атмосфера нетерпимости в отношении возможной наркотизации во всех семьях, учебных и трудовых коллективах.

Особенно важно развивать у молодых людей способность к критическому самоанализу и анализу различных ситуаций, навыки саморегуляции поведения в новых, стрессовых ситуациях. В связи с этим цель индивидуальной профилактической работы состоит в том, чтобы:

— доказать молодому человеку, что каждый человек имеет безграничные возможности для получения радости от жизни без употребления психоактивных веществ;

— помочь раскрыть эти возможности, т.е. научить эффективно справляться со стрессом, успешно разрешать проблемы, развивать в себе способности, данные от природы, и формировать недостающие навыки уверенного поведения, эффективного общения, разрешения проблем.

Первичная профилактика направлена на уменьшение числа лиц, имеющих биологические, психологические и социальные факторы риска формирования аддикции, развитие невосприимчивости к дисфункциональным паттернам наркоманического поведения. Первичная профилактика является наиболее эффективной, поскольку полностью стремится избежать патологических исходов, уменьшить число лиц, у которых может быть начат патогенетический процесс.

Первичная профилактика имеет следующие задачи:

1. Совершенствование, повышение эффективности используемых молодым человеком активных, конструктивных поведенческих стратегий.
2. Увеличение потенциала личностно-средовых ресурсов (формирование позитивной, устойчивой Я-концепции, повышение эффективности функционирования социально-поддерживающих сетей, развитие эмпатии, аффилиации, внутреннего контроля собственного поведения и т.д.).

Основными способами реализации задач первичной профилактики является обучение здоровому поведению (осознание, развитие и тренировка определенных умений: справляться с требованиями социальной среды, управлять своим поведением), а также оказание психологической и социальной поддержки адекватными поддерживающими системами и структурами.

Вторичная профилактика по своей направленности на контингент риска является массовой, оставаясь индивидуальной в отношении конкретного человека. Проводимые в рамках вторичной профилактики мероприятия ведут к уменьшению числа лиц с наркоманией в популяции путем вмешательства на ранних донологических этапах ее развития. Целью вторичной профилактики является изменение малоадаптивного дисфункционального поведения риска на адаптивную форму, прерыв эволюции патогенетического процесса.

Вторичная профилактика имеет следующие задачи:

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

Эффект от программ вторичной профилактики более быстрый, но менее универсальный и действенный, чем от первичной.

Третичная профилактика имеет целью максимальное увеличение срока ремиссий. При проведении третичной профилактики резко возрастает роль профессионалов — психотерапевтов, терапевтов и психологов, а также непрофессионалов — консультантов, членов социально-поддерживающих групп и сообществ.

Базовые понятия профилактики наркомании среди молодежи

Понятие превентивного пространства включает в себя понимание того, что первичная, вторичная и третичная профилактики наркомании являются компонентами единой профилактической цепи и не могут рассматриваться изолированно друг от друга. На практике разделение контингентов здоровых, групп риска и злоупотребляющих наркотиками достаточно условно.

Профилактика употребления психоактивных веществ не может рассматриваться изолированно от профилактики других нарушенных форм поведения, так как наркотизация является лишь одним из проявлений единого комплекса психосоциальной дезадаптации, представляющего собой широкий спектр поведения риска.

Поведение риска, или отклоняющееся поведение, является результатом неадекватных, дезадаптивных поведенческих форм достижения в детско-подростковом и молодом возрасте целей самоактуализации личности, проявления поиска независимости, отстаивания персонального пространства и личностных границ, поиска социальной и психологической поддержки, потребности включения в референтную группу сверстников и т.д. В связи с этим профилактика должна предусматривать прежде всего систему развития здоровых, адаптивных форм поведения, направленных на решение возрастных психологических и социальных задач. В основе профилактики должно лежать не пресечение основных направлений развития ребенка и подростка, а изменение его поведения на более эффективную форму, выработка здорового поведенческого и жизненного стиля.

Понятие преодолевающего поведения включает в себя понимание того, что поведение человека, его жизненный стиль являются результатом формирующего взаимодействия ресурсов личности и социальной среды, с требованиями которой личность пытается справиться. В связи с этим профилактика, ставящая целью развитие здоровых социально адаптивных и эффективных форм поведения, должна быть направлена на развитие личностных ресурсов, поведенческих стратегий и социально-поддерживающих сетей.

Понятие реабилитационного пространства означает территориальную систему ведомств, служб, общественных инициатив, осуществляющих во взаимодействии с населением поиск тех, кому необходима помощь, профилактическую и реабилитационную активность среди несовершеннолетних.

Цели профилактики наркомании

Цели профилактики наркомании весьма разнообразны и определяются контингентом, на который направлены профилактические мероприятия.

1. Профилактика употребления психоактивных веществ имеет целью формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие; формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение; развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения. Контингент этого вида профилактики — молодежь в учебных заведениях, родители (семья), учителя, внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы, дети на улице, неорганизованные группы населения.

2. Подготовка специалистов из числа школьных психологов, социальных педагогов, школьных учителей, из членов организованных и неорганизованных групп населения имеет целью формирование знаний и навыков в области противодействия употреблению наркотиков.

3. Изменение дезадаптивного поведения имеет целью формирование мотивации на изменение поведения; изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные; формирование и развитие социально-поддерживающей сети. Контингент этого вида профилактики — молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи, взрослого населения.

4. Поощрение стремления к прекращению употребления наркотиков, как цель профилактики наркомании, связано с формированием мотивации на изменение поведения. Контингент -«труднодоступные» лица, употребляющие наркотики.

Стратегии, методы и технологии профилактики наркомании

Существуют следующие стратегии профилактики наркомании:

1) профилактика, основанная на образовательном учреждении; 2) профилактика, основанная на семье; 3) профилактика в организованных общественных группах; 4) профилактика с помощью средств массовой информации; 5) профилактика, направленная на группы риска в образовательном учреждении и вне его; 6) систематическая подготовка специалистов в области профилактики; 7) мотивационная профилактическая активность (краткосрочные профилактические акции среди детей, подростков, молодежи и других групп населения).

Методы профилактики наркомании включают: 1) программы формирования мотивации на изменение поведения (краткосрочные); 2) обучающие и развивающие программы формирования протективных ресурсов личности и поведенческих стратегий; 3) коррекционные, модификационные программы; 4) программы подготовки специалистов и субспециалистов в области профилактики (школьные психологи, социальные педагоги, врачи-наркологи, семейные врачи, сотрудники ОВД, консультанты, волонтеры); 5) программы развития социально-поддерживающих сетей (семья, школа, неформальные группы, сеть анонимных наркоманов).

Различают педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические технологии первичной, вторичной и третичной профилактики.

Первичная профилактика

Социальные и педагогические технологии имеют целью информацию, мотивацию на здоровый образ жизни, социальную поддержку. Они осуществляются посредством:

- воздействия средств массовой информации;
- обучающих технологий;
- альтернативных употреблению наркотиков программ детско-подростковой и молодежной активности;
- создания социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные организации и т.д.);
- антинаркотических мотивационных акций;
- системы деятельности социальных работников и волонтеров;

— системы ювенальной юстиции.

Медико-психологические технологии направлены на преодоление социально-психологического стресса. Их цель адекватная психологическая адаптация к требованиям социальной среды. Эти технологии осуществляются посредством:

- развития личностных ресурсов;
- формирования социальной и персональной компетентности;
- развития адаптивных стратегий поведения;
- формирования функциональной семьи.

Медико-биологические технологии имеют целью определение генетических и биологических контингентов риска, коррекцию риска на медицинском уровне.

Вторичная профилактика

Социальные технологии имеют целью профилактику развития заболевания (зависимости); психологическую и социальную адаптацию. Они осуществляются посредством:

- формирования мотивации на полное прекращение употребления наркотиков;
- формирования мотивации на изменение поведения;
- развития проблем-преодолевающего поведения;
- формирования социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

Медико-психологические и психотерапевтические технологии направлены на выработку мотивации на изменение жизненного стереотипа и преодоление формирующейся зависимости. Они осуществляются посредством:

- преодоления барьеров осознания эмоциональных состояний;
- осознания формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;
- развития когнитивных и поведенческих стратегий проблем-преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);
- анализа, осознания и развития личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ (Я-концепция, коммуникативные ресурсы, социальная компетентность, ценностные ориентации, когнитивное развитие, интернальный локус 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 наркоманической среды).

Цель медико-биологических технологий — нормализация физического и психического развития, биохимического и физиологического гомеостаза.

Технологии третичной профилактики включают медико-психологические и психотерапевтические, а также медико-биологические технологии. Их цель — формирование социально-поддерживающей и развивающей среды (социально-поддерживающие и терапевтические сообщества, локальные и территориальные программы, программы на рабочих местах, социальные программы, альтернативные употреблению наркотиков). Эти технологии включают:

— Тренинг профилактики рецидивов.

Тренинг эмпатии, коммуникативной и социальной компетентности.

— Тренинг когнитивного развития.

— Индивидуальная и групповая психотерапия, направленная на коррекцию личностных и средовых ресурсов адаптации.

— Биологическая терапия (медико-биологическая технология).

Антинаркоманическая пропаганда

В рамках борьбы с наркоманией педагоги совместно с медицинскими работниками ведут активную антинаркоманическую пропаганду, обеспечивая наркологическую грамотность населения - знание сущности действия наркотиков, механизмов формирования зависимости от них, тех тяжелых разрушений в психической и телесной сферах, которые обуславливает систематическая наркотизация.

Антинаркотическая пропаганда в учебных заведениях должна вестись регулярно и целенаправленно, так как единичные, бессистемные мероприятия не могут сформировать стойких правильных убеждений у молодежи. Она должна ориентироваться на дифференцированные группы учащихся и студентов в зависимости от этнических, возрастных, психофизиологических и других особенностей.

Главными задачами антинаркотической пропаганды является предупреждение молодежи о вредном действии наркотиков и создание антинаркотической устойчивости. Необходимо раскрывать пагубность действия наркотиков на организм, личность подростка, ссылаясь на конкретные факты из жизни, приводя примеры, предоставляемые художественной литературой и средствами массовой информации. Для адекватного восприятия информации педагог излагает материал доступным языком, избегая специальной терминологии.

Элементы сведений о наркотиках и других одурманивающих веществах, механизме их вредного действия вводятся в такие дисциплины, как химия, биология, этика, психология семейной жизни и т.д.

Информация об одурманивающих веществах должна преподноситься максимально осторожно — так, чтобы не вызвать нездорового интереса к ним и, напротив, формировать отрицательное отношение к их приему. Не должны даваться сведения о

способах получения и применения этих веществ, об условно положительных особенностях их действия на организм (возможных приятных ощущениях и т.п.). Не следует говорить обо всех существующих одурманивающих средствах, а только о тех, которые употребляются в данном регионе, населенном пункте, в данной группе молодежи. Обязательно следует учитывать осведомленность аудитории в отношении наркологических проблем, конкретную наркологическую ситуацию в регионе.

Работа по предупреждению употребления одурманивающих веществ учащимися должна проводиться и с их родителями на групповых собраниях, в личных беседах. С родителями и молодыми людьми из «группы риска» предпочтительнее индивидуальные формы работы.

В обязательном порядке к антинаркотической работе в учебных учреждениях следует привлекать врачей-наркологов, работников правоохранительных органов, психологов и т.д.

В работе с молодежью на первый план выступают средства, несущие научно аргументированную информацию, раскрывающие тематику, наиболее значимую для этого возраста (здоровье, семья, потомство и т.д.). Проводятся беседы, дискуссии, используются памятки, буклеты, листовки, санитарные бюллетени.

К средствам, воздействующим больше на эмоциональную сферу, относятся кино и видеофильмы, озвученные слайды и планшеты или целые комплекты средств наглядной агитации.

Конечным результатом реализации системы профилактических мероприятий в учебных заведениях будет исключение или преодоление потенциальных потребностей отдельных личностей в приеме одурманивающих средств, резкое ограничение практической возможности приобщения к ним, а главное — формирование у подростков реальной психологической устойчивости в отношении наркотических «соблазнов», стойкого иммунитета, т.е. невосприимчивости к ним.

Группы риска и особенности педагогической работы с ними

Среди молодых людей может быть выделена «группа риска» с большей склонностью к наркотизации и алкоголизации. В нее включаются подростки:

- 1) с вышеописанными особенностями характера, поведения, реагирования — как развившимися вследствие дефектов воспитания или наличия психотравмирующей ситуации, так и обусловленных психической болезнью или органической мозговой патологией в результате травм головы, инфекционных заболеваний;
- 2) с отягощенной наследственностью наркологическими и психическими заболеваниями;
- 3) «педагогически запущенные», воспитывающиеся в семьях социально неполноценных, «проблемных», неблагополучных, грубо конфликтных, распадающихся, с нездоровой морально-психологической атмосферой, члены которых склонны к злоупотреблению алкоголем, асоциальному или криминальному поведению;
- 4) входящие в недостаточно контролируемые «компании», относительно которых установлены факты употребления одурманивающих веществ.

«Группа риска» выделяется из контингента учащихся педагогическим коллективом. Для этого преподавателями и медицинскими работниками учебного заведения собираются сведения от родителей, родственников, опекунов, врачей подростковых кабинетов поликлиник, психоневрологических диспансеров, работников служб МВД, прежде всего инспекций по делам несовершеннолетних и молодежи. Учитываются данные наблюдений за поведением учащихся на занятиях, на внеурочной работе, на производственной практике, в лагерях труда и отдыха и особенно в семье и компаниях друзей. Молодой человек включается в «группу риска» только в том случае, если у него обнаруживается несколько вышеуказанных факторов риска (личностных и микросоциальных) или один из них, но значительно выраженный.

С входящими в «группу риска» ведется индивидуальная воспитательная работа, они берутся под постоянный контроль со стороны преподавателей, родителей, товарищей по учебе. Важно помочь человеку в коррекции своего характера, поведения, в создании круга активных интересов, занятий, в оздоровлении микросреды - семьи, круга друзей. В медицинском плане эти люди берутся на профилактическое наблюдение работниками медпункта учебного заведения. Они должны регулярно обследоваться врачами наркологического учреждения, обслуживающего учебное заведение. Включение молодого человека в «группу риска» не накладывает каких-либо ограничений на его права и обязанности в качестве учащегося (студента) или члена общественных организаций. Он может наравне со всеми заниматься в творческих, технических, спортивных коллективах, находиться в лагерях отдыха.

Факт включения молодого человека в «группу риска» не должен отражаться в его «выпускных» характеристиках — за исключением тех случаев, когда есть конкретные объективные данные об употреблении им одурманивающих средств.

Максимальная «наркологическая бдительность» в отношении *возможного употребления подростками одурманивающих средств* должна проявляться педагогами во всех случаях, когда у них обнаруживаются:

- 1) какие-либо таблетки, ампулы, другие формы лечебных препаратов;
- 2) любые приспособления для инъекций — шприцы, иглы, жгуты;
- 3) какие-либо химические вещества, реактивы, препараты, жидкости, особенно из класса органических растворителей, различные средства бытовой и технической химии, а также «приспособления» для их вдыхания (трубки, «маски» и т.п.);
- 4) целые растения или их части (стебли, «соломка», листья, головки цветов), измельченная растительная масса — в пакетах, сумках, рюкзаках и других емкостях;
- 5) приборы или их детали для обработки растений, перегонки или очистки химических препаратов, в том числе «фильтры» из марли, бинтов, пропитанные раствором коричневого цвета;
- 6) реактивы, применяемые в процессах перегонки и очистки, в том числе кристаллический йод, «марганцовка», уксусная кислота и т.п.;

7) следы на коже, сосудах от инъекций — единичные и множественные, свежие и давние: в виде типичных «точек» на коже, изменений поверхностных и глубоких вен в области локтевых сгибов, предплечий, кистей рук, бедер и в других местах («дорожки» вдоль вен, уплотненные, зарастающие вены, пигментация вдоль сосудов и т.п.);

😊 признаки действия химических средств на коже лица, слизистой оболочке носоглотки, губ, глаз, на коже рук, волосистой части головы и т.п.; наличие специфического «химического» запаха, исходящего от кожи, волос, одежды, а также ощущаемого в выдыхаемом воздухе;

9) запах табачного дыма в воздухе жилых или других помещений, сочетающийся с запахом жженной травы или синтетических материалов.

Педагоги могут сталкиваться с подростками, непосредственно находящимися в *состоянии острого наркотического или токсического опьянения*, одурманивания.

Общими признаками наличия состояния опьянения, вызванного различными одурманивающими средствами, являются: нарушения сознания различной глубины; изменения состояния двигательной сферы — моторики, мимики, координации движений; изменения эмоциональной сферы, настроения; нарушения поведения и реагирования; нарушения мышления, его качества, темпа; нарушения функций вегетативной нервной системы и регулируемых ею сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Различия в картине интоксикации зависят от вида одурманивающего вещества, его дозы, способа употребления, от того, на какой стадии развития нарко(токсико)мании употребляется данное вещество, от особенностей личности больного, его физического состояния и т.д.

В обобщенном виде можно говорить о двух типичных вариантах состояния опьянения — с преобладанием явлений торможения нервной системы или ее возбуждения.

В случае преобладания торможения нервной системы наблюдается: общая вялость, малоподвижность; сонливость, иногда переходящая в поверхностный, легко прерываемый извне сон; затруднения при попытках общений; бледность, вялость мимики; замедленность, нечеткость, смазанность, иногда полная неразборчивость речи; замедленность движений, нарушение координации, равновесия, походки; эмоциональная заторможенность, подчас безразличие, апатичность.

В случае возбуждения нервной системы преобладает психическое и двигательное возбуждение: поведенческая расторможенность, повышенная, а нередко избыточная активность, суетливость, непоследовательность в действиях; затрудненная концентрация внимания, повышенная отвлекаемость; убыстренность речи, многословие с частым уходом от темы разговора, ответами не по теме и невпопад; повышенный фон настроения, веселость, чрезмерная смешливость вплоть до приступов беспричинного, подчас внезапного смеха. Возбуждение может усиливаться, сопровождаться раздражительностью, гневливостью, обостряющимися даже по незначительному поводу, приобретать злобно-агрессивный характер с «выяснением отношений», дурашливостью и т.д.

Нарушается мышление: способность к пониманию, осмыслению происходящего вокруг, к анализу, обобщению, формулировке мнений, оценок, суждений, к решению даже простых логических или математических задач. Действие некоторых одурманивающих средств (например, гашиша, циклодола и других антипаркинсонических препаратов,

ингалируемых химических веществ) вызывает развитие разнообразных галлюцинаций, и со стороны может быть видно, как больной живет в особом мире психотических переживаний.

Нередко наблюдается благодушие, погружение в себя с застыванием в созерцательно-мечтательной позе, с довольной или безмятежной улыбкой.

Практически всегда меняются физиологические характеристики: частота пульса в сторону ускорения или замедления; артериальное давление; цвет и сосудистый рисунок кожных покровов с бледностью или покраснением; характер пото- и слюноотделения — с избыточной влажностью или сухостью кожи, слизистых оболочек губ, носоглотки. Характерны глаза: мутные, застывшие, налитые кровью или лихорадочно блестящие, «яркие»; меняется ширина зрачков от «точечных» до огромных, а также их реакция на свет. Обязательно страдает почерк, вообще способность к тонким и точным движениям.

Следует также помнить о возможности проявления признаков абстиненции у подростков с уже сформированной физической зависимостью. Во всех случаях, когда подростки систематически принимают одурманивающие средства, у них достаточно быстро развиваются существенные нарушения поведения. Это, прежде всего, нарастающее огрубление поведения, такие явления, как постоянная вялость, некоторая заторможенность и, наоборот, повышенная возбудимость, раздражительность, агрессивность. Часто колеблется настроение от «беспричинного» повышения с благодушием, расторможенностью, подчас дурашливостью до тоскливости, апатичности. Должны настораживать изменения уровня активности подростка, ее ритма: снижение ее по утрам — с вялостью, сонливостью и повышение к ночи с резким оживлением, длительным бодрствованием вплоть до полной бессонницы. Могут наблюдаться чередования бессонницы с длительным глубоким или беспокойным сном, смена периодов отказа от еды с «приступами» повышенного аппетита, прожорливости, особенно в отношении сладких и жирных блюд, а также повышенной жажды. Изменяется в худшую сторону внешний облик подростка: это значительное похудание или прибавление в весе; «сальность», пигментация кожи лица, угревые высыпания и т.п., необычное ее покраснение или побледнение; отеки, круги, мешки под глазами; необычный блеск или тусклость глаз; изменения величины зрачков; появление желтушности склер или кожи и т.д. Все большие трудности в учебе объясняются падением психофизического тонуса, расстройствами памяти, внимания, снижением интеллектуальных возможностей в целом. Потеря интереса к учебе, прежним увлечениям сочетается с появлением новых компаний, от рассказа о которых подросток уклоняется.

Суммируя все вышесказанное, можно предложить тест на наркозависимость:

1. Частые, но короткие и туманные телефонные разговоры с одним и тем же узким кругом приятелей. Так происходит выяснение, сколько у кого денег, есть ли надежда достать еще, чтобы поехать за очередной групповой порцией. Все это напоминает то, как алкоголики «соображают на троих». А отличие в том, что наркоманы глубоко маскируются. Хоть это и не самый корректный совет — все же попробуйте прислушаться и проанализировать их разговоры.
2. Резкое снижение успеваемости.
3. Неспособность внятно ответить на вопрос, что нового было сегодня в школе, в вузе.

4. Потеря интереса к старым увлечениям — спорту, коллекционированию, чтению, музыке.
5. Участвовавшие прогулы занятий или рабочих дней.
6. Возвращение с дискотеки, вечеринки или с другого развлечения в странном состоянии.
7. Различного рода противоправные действия.
8. Кражи вне дома.
9. Пропажа из дома денег, ценностей, книг, одежды, радиоаппаратуры и т. д.
10. Участвовавшее выпрашивание денег у родственников.
11. Наличие значительных денежных сумм без объяснения причины их появления.
12. Частые резкие и непредсказуемые (без видимых причин) смены настроения.
13. Раздражительность, нигилизм, агрессивно-критическое отношение к обычным ситуациям и событиям.
14. Самоизоляция в семье: ребенок избегает родителей, по телефону отвечает украдкой, избегает участия в семейных делах. Четко выраженное уклонение от домашнего общения, неожиданное пренебрежение домашними правилами. Неучастие в семейных праздниках. Нарастающая напряженность в семейных взаимоотношениях.
15. Скрытность, уединенность, невеселая задумчивость.
16. Уход в весьма длительное прослушивание музыки или, наоборот, резкий отход от привычки слушать музыку.
17. Нарастающая лживость.
18. Потеря энтузиазма, безразличие, безынициативность («потухшие глаза»).
19. Высказывания о бессмысленности жизни, высказывания типа «живи быстро, умри молодым».
20. Интерес к частым разговорам о наркотиках.
21. Общие психические изменения: потеря памяти, неспособность мыслить логически, объяснять свои поступки и их причины.
22. Похудание с возможной потерей аппетита.
23. Неряшливость. Отказ от утреннего туалета. Незаинтересованность в смене одежды. Могут появиться татуировки и рисунки на руках.
24. Потеря полового интереса.
25. Нежелание заводить новых друзей («Мне они неинтересны»).

26. Резкое обострение хитрости и изворотливости.
27. Внешний вид нездорового человека, бледность, отечность. Покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке.
28. Бессонница, быстрая повышенная утомляемость, сменяющаяся необъяснимой энергичностью.
29. Следы уколов — маленькие красные точки, как правило, в районе вен, особенно на руках.
30. Частые синяки, порезы, ожоги от сигарет в районе вен на руках, не находящие удовлетворительного объяснения («просто упал, сам не знаю, откуда»).
31. Убежденное отстаивание свободы употреблять наркотики.
32. Странные «посторонние» запахи от волос и от одежды.
33. Чрезмерно расширенные или суженные зрачки (например, героин сужает, а «винт» расширяет зрачки — эффект вытаращенных глаз). Расширенные зрачки могут также быть следствием употребления «крэка» или кокаина. Для правильной оценки нужно помнить, что размеры зрачка у разных людей индивидуальны — у одних больше, у других меньше, кроме того, они не зависят от уровня освещенности. Поэтому необходимо определить и запомнить естественный размер зрачков при стабильном освещении. Плохим признаком является отсутствие заметной реакции зрачка (сужение-расширение) при резкой смене освещенности. Попросите посмотреть прямо на лампу и тут же отвести глаза в сторону — реагирует ли зрачок. Однако, насколько это возможно, избегайте конфликтное™ при этой неприятной проверке, постарайтесь убедить, что хотите помочь.
34. Наличие шприцов, игл, закопченных ложек или посуды, флаконов марганцовокислого калия, уксусной кислоты, ацетона, кристаллического йода, красного фосфора, щелочей, растворителей, не известных вам таблеток, порошков, соломки, трав и пр., особенно когда все это прячется в укромные места.
35. Ночные отсутствия.

Если у обследуемого налицо 10 и более признаков, особенно пункты 29, 33, 34, есть все основания бить тревогу!

Во всех случаях обнаружения у учащихся и студентов признаков,стораживающих в плане возможного употребления одурманивающих средств, необходимо немедленно направлять их для углубленного медицинского осмотра в медицинские пункты учебных заведений (или, на практике, базовых предприятий). Врачи (фельдшеры) медпунктов решают вопрос о направлении подростков на консультацию, обследование в наркологическое учреждение.

О факте направления подростка к наркологу сообщается по возможности незамедлительно его родителям.

Действия педагогов, как и врачей, работников служб МВД во всех случаях выявления фактов употребления учащимися одурманивающих средств, направления их на обследование должны определяться принципами уважения к подростку, доверия,

соблюдения врачебной тайны, вестись всегда продуманно и согласованно. Необходимо постоянно учитывать личностные особенности подростков, избегать всего, что может нанести им моральную или психическую травму, причинить ущерб их репутации.

Выяснение обстоятельств возможного потребления дурманящих веществ, наблюдение за подозреваемыми подростками, работа с теми, кто включен в «группу риска», должны вестись корректно, деликатно, без ненужной гласности, применения «методов воздействия» и «форм воспитания», унижающих достоинство подростка и его родителей.