

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ

Учебное пособие

Под редакцией С.В. Березина, К.С. Лисецкого

Самара
Издательство «Универс-групп»
2006

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета
Самарского государственного университета*

УДК 159.9

ББК 88.4

П 26

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

**К.С. Лисецкий, С.В. Березин, Н.Ю. Самыкина,
Е.В. Литягина, О.А. Ушмудина, М.Е. Серебрякова,
Н.А. Богдан, Е.Н. Назаров**

Рецензенты:

**д.пс.н., профессор, член-корреспондент РАН Петровский В.А.,
к.пс.н., доцент кафедры общей психологии и психологии
развития СамГУ Зоткин Н.В.**

**Первичная профилактика наркомании [Текст] : учеб. по-
П 26 собие / К.С. Лисецкий, С.В. Березин, Н.Ю. Самыкина [и др.] ;
под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара : Изд-во «Уни-
верс-групп», 2006. – 170 с.
ISBN 5-467-00087-X**

Учебное пособие посвящено актуальной проблеме первичной профилактики наркотической зависимости, исследованию психологических механизмов и предпосылок наркотизации, содержит критерии эффективности программ психопрофилактики. Подробно рассмотрены различные аспекты наркотизма в контексте социально-экономических и личностно-психологических процессов, приведен аналитический обзор наиболее известных в России программ профилактики наркомании.

Учебное пособие предназначено для студентов изучающих дисциплину «Психологическая профилактика негативной зависимости», а также для психологов, социальных педагогов, социальных работников и др.

УДК 159.9

ББК 88.4

ISBN 5-467-00087-X © Лисецкий К.С., Березин С.В., Самыкина Н.Ю.,
Литягина Е.В., Ушмудина О.А., Серебрякова М.Е.,
Богдан Н.А., Назаров Е.Н., 2006
© Самарский государственный университет, 2006

ВВЕДЕНИЕ

Темпы распространения наркомании среди молодежи ставят психологов, педагогов, родителей и других взрослых перед необходимостью моментального и адекватного реагирования на это явление. Проблема зависимости, несмотря на свою актуальность, совсем недавно стала предметом изучения психологов и педагогов. Ранее зависимость рассматривалась наркологами, психиатрами, врачами, причем наиболее распространенными являлись исследования алкоголизма и наркомании на примере конкретных случаев или обобщения врачебной практики. «Взрыв» наркомании в период кардинальной перестройки общественного сознания на фоне перемен в стране заставил говорить о социальных и социально-психологических причинах и предпосылках формирования у человека зависимого поведения. Только к середине 90-х годов появились первые научные исследования наркомании с позиций психологии.

Большинство современных исследований по проблемам наркомании посвящены изучению личности наркозависимого (И.Н. Пятницкая, Н.А. Сирота, Е.А. Назаров), особенностям его поведения (С.Н. Ениколопов, Э.Г. Эйдемиллер, С.А. Кулаков, О.В. Черемисин), причинам наркотизации (Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.В. Гульдман, А.Е. Личко, В.С. Битенский, Н.С. Курек). Исследуется динамика семейных отношений на различных стадиях наркотизации личности (С.В. Березин, Э. Смит, Н.С. Курек), описывается субкультура и личностно-психологические особенности потребителей наркотиков (С.В. Березин, К.С. Лищевский) и т.д. За последние годы стали актуальными исследования по проблемам нехимических аддикций, т.е. зависимости от воздействия не веществ на организм человека, а эмоций, привычек, поведения.

Цель данного учебного пособия – сформировать у студентов представление о наркомании как о системном явлении, имеющем мультипричинный характер, требующем комплексного подхода в профилактической и реабилитационной работе. В пособие включены теоретические обзор исследований наркомании и наркотизма, анализ известных программ профилактики, а также критерии эффективности профилактических программ.

ГЛАВА 1. НАРКОМАНИЯ КАК КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА

§ 1. Введение в понятие «наркомания»

Об употреблении людьми различных веществ, изменяющих поведение, известно с глубокой древности. Существует предположение, что первое знакомство человека с наркотиками состоялось в раннем палеолите. Известно, что шумеры, китайцы, индийцы, древние греки, ацтеки и племена Сибири хорошо знали действие некоторых наркотиков. Так, племена Майя и ацтеки держали под языком листья коки – для поддержания сил в дальнейшем походе; китайцы тысячелетиями курили опиум – для снятия стресса и как снотворное; жители древней Аравии с теми же целями употребляли гашиш (от арабского «трава»). Воины-измаилиты перед боем принимали гашиш, а, приняв, становились активными и жестокими. В Древнем Египте, Древней Греции и Риме были знакомы с лечебными свойствами (подавления боли или недомогания) опия, индийской конопли и других наркотических веществ. Об употреблении древними египтянами каннабиса упоминает Геродот, а Гиппократ использовал опиаты в медицинской практике.

Исторические хроники разных народов содержат информацию, в которой можно увидеть потребность людей в создании «другой реальности». Путешественник А. Хаксли говорил, что «не верит в возможность отказа человечества от искусственного рая». В самом начале своего существования первобытный человек не мог объяснить себе те или иные явления жестокой природы и всячески предпочитал избегать опасностей. Тем более, что природа предлагала ему растения, способные повышать настроение и прибавлять сил, делать жизнь, хоть ненадолго, не такой мучительной.

С развитием общественной жизни стали выделяться личности, исполняющие особые функции и влияющие на общественную жизнь. Это вожди племен, волхвы, колдуны, шаманы, жрецы. В древности право употребления наркотиков имели только они. Для простых смертных на эти средства было возложено табу, а их рецепты хранились в строгом секрете. Таким образом,

привилегированным классам удавалось оградить народ от самоуничтожения.

Пять тысяч лет назад было открыто психоактивное свойство мака. Его использовали шумеры. Позже о лечебных свойствах мака (опиума) узнали в Персии и Египте, где его использовали в лечебных целях. В VIII веке арабы расширили границы выращивания мака от Малой Азии до Индии и Китая. В Европу в XIII веке крестоносцы завезли с Ближнего Востока опиум. Первый медицинский препарат, изготовленный из опиума, прописал больному Парацельс в XVI веке. В XVII веке английский врач Томас Сайденхем открыл новый способ получения опиума и назвал этот препарат своим именем. Первые препараты опиума носили название «Лаудан». В 1805 году аптекарь Зертюрнет выделил первый алкалоид опиума и дал ему название «морфин», в 1832 году Робике выделил кодеин, а в 1848 году Мерк выделил из опиума папаверин. В 1853 году врач из Эдинбурга Александр Буд изобрел иглу для подкожных инъекций, и прием морфина, опиума и других алкалоидов стал более эффективным. Тогда еще существовало ошибочное мнение о том, что употребление наркотических веществ не ведет к физическому или к психическому привыканию. Мы видим, что наркотики к концу XIX столетия стали применяться не только в медицинских целях почти во всем мире.

Ост-Индская Компания, которая владела монополией на производство опиума в Бенгалии, огромное количество зелья продавала в Китай. В 1820 году в Китае был введен запрет на импорт опиума. Это привело в 1842 году к первой опиумной войне, в которой более мощный военно-морской флот Великобритании вынудил китайцев вновь открыть двери британскому наркотику. В 1857 году вспыхнула вторая опиумная война, в которой к Великобритании присоединились Франция и США. Китай, конечно же, проиграл и эту войну. С целью приостановки оттока золотого запаса и для спасения страны от инфляции Китай начал выращивать собственный опиумный мак. Миллионы китайцев проводили большую часть своей жизни в опиумных курительнях, погруженные в наркотический сон.

В 1884 году Зигмунд Фрейд употреблял некоторое время кокаин в минуты депрессии, и даже посоветовал одному из своих

знакомых использовать кокаин как обезболивающее средство. Он называл кокаин «чудодейственным лекарством». Однако, когда один из его пациентов впал в психоз, вызванный кокаином, и подвергся кошмарным галлюцинациям, Фрейд отказался от его использования и впоследствии стал противником использования кокаина в психиатрии.

В 1938 году швейцарский химик А. Хоффман синтезировал лизергиновую кислоту (ЛСД), что явилось началом развития массового употребления наркотиков в размерах, которые до этого не имели прецедента в истории человечества. После экспериментов А. Хоффмана с ЛСД этот наркотик был занесен в группу так называемых психозомиметических средств, способных вызывать у человека необычайные состояния, похожие на психоз. После открытия мескалина и выделения его из мексиканского кактуса в мире галлюциногенных наркотиков прибавился еще один. В 1950 году образцы этих двух наркотиков были разосланы ведущим психиатрам мира с целью лабораторного и клинического исследования препаратов, что, как предполагалось, должно было помочь понять сущность и происхождение шизофрении.

Массовое употребление наркотиков в Европе началось в девятнадцатом веке, в период, когда группа интеллектуальных авантюристов начала экспериментировать над собственным сознанием, употребляя наркотики, привезенные из Египта и Индии. Французский врач Моро де Тур по возвращении из Алжира предложил своим друзьям попробовать «давамеску» – печенье из гашиша.

В начале двадцатого века американский писатель Ф. Ладлоу пропагандирует употребление марихуаны и описывает собственные впечатления от ее действия. В тот период возрос интерес и к другим средствам, способным изменять состояние психики. Особой популярностью пользовалась окись азота (веселящий газ), исходя из его фармакологических свойств и легкости в применении. Американский психолог Уильям Джеймс заинтересовался этим веществом и испытал его действие на себе. Свои впечатления он опубликовал, поставив на первый план религиозное значение ощущений, возникающих в процессе действия психоактивных наркотиков. Однако, попробовав мескалин,

У. Джеймс почувствовал себя плохо и воздержался от дальнейших экспериментов.

В настоящее время наркомания утратила свою «мистичность» и стала социальной проблемой, негативно влияющей на личную и общественную жизнь людей. Сегодня, хранение и употребление наркотиков является уголовным преступлением. В конце XX века наркомания вызывала в общественном сознании страх или агрессию. В последнее время отношение к наркомании и наркоманам стало более толерантным и противоречивым.

Этимологически термин «наркомания» связан с понятием «наркотик» (от греч. *narkotikos*- усыпляющий). Однако терминологическая неопределенность возникает сразу же, как только речь заходит о препаратах, не относящихся к группе опия, т.к. среди средств, отнесенных к наркотикам, лишь опиаты и ноксирон обладают снотворным воздействием. Другие же препараты по своей фармакологической активности являются психостимуляторами, психотомиметиками и т.д. В настоящее время термин «наркотическое вещество» (наркотик) применяется по отношению к тем ядам или веществам, которые способны вызвать при их употреблении эйфоризирующее, снотворное, болеутоляющее или возбуждающее действие.

В медицине сложилось представление о наркомании как группе заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотиков и проявляющихся синдромом измененной реактивности, психической и физической зависимостью, а также некоторыми другими психотическими и социальными особенностями.

В специальной литературе отмечается, что наркотик- это вещество, удовлетворяющее трем критериям:

– медицинский критерий: это вещество оказывает специфическое (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и др.) влияние на ЦНС;

– социальный критерий: немедицинское употребление вещества имеет большие масштабы и последствия этого приобретают социальную значимость;

– юридический критерий: данное вещество признано законодательством наркотическим.

В традиционной наркологии наркомания рассматривается как неизлечимая болезнь, с более или менее продолжительными ремиссиями [17]. В структуре наркомании выделяют основные составляющие, которые проявляются в ходе развития болезни.

1. Синдром психической зависимости. Человек перестает чувствовать себя более- менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием комфортного контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2. Синдром физической зависимости. Постепенно наркотик встраивается в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, то он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость). Это явление называется абстинентным синдромом. Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

3. Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика. Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность (терпимость, переносимость). Ее возрастание, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании.

В психологии наркомания рассматривается как вид негативной психической зависимости, как самоценная форма активности, заключающая в себе возможности неограниченного самовоспроизводства (В.А. Петровский, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров). Переживание избыточности собственных возможностей формирует у человека эмоциональное влечение к наркотику. Если после употребления наркотика индивид переживал состояние избыточности возможностей в преодолении внутренних и внешних факторов, препятствующих удовлетворению его потребностей, то у него возникает предрасположенность к формированию зависимости от психоактивных веществ [3].

В общественном сознании существует неоднозначное отношение к наркомании. Наряду с негативным отношением к наркоманам как к преступникам, «опустившимся людям», сохраняется также позиция, что наркомания – это болезнь, а наркоманы нуждаются в сочувствии и лечении. Так, например, результаты ис-

следований российских психологов показывают, что отношение к людям, страдающим наркотической зависимостью, поляризовалось следующим образом. Раздражение, неприязнь – 40,3%, стремление избегать – 23,6 %, сочувствие – 27%. И отвержение, и сочувствие наркоманам имеют свои основания. Негативное отношение связано прежде всего с тем, что большинство преступлений совершается людьми в состоянии наркотического или алкогольного опьянения. Это способствует закреплению связи понятий «наркоман» – «преступник». С другой стороны, среди наркоманов – большое количество детей и подростков, которые у взрослых не могут не вызывать «родительских» чувств: и жалость, и сочувствие.

Наркомания в последнее время стала настолько распространенным явлением, что каждый человек, прямо или косвенно, вынужден встречаться с ней в своем ближайшем окружении.

Помимо понятия «наркомания» в литературе часто встречаются такие понятия, как наркозависимость, наркотизм. В специальной литературе понятие «наркотизм» появилось в 70-е годы XX столетия в нашей стране. Оно было сформулировано для обозначения негативного социального явления и использовалось в противовес понятию «наркомания», которое служило для сугубо медицинского обозначения заболевания. Тогда наркотизм определяли как негативное социальное явление, обусловленное неблагоприятными условиями внешней среды и антиобщественной ориентацией личности, которое выражается в незаконном умышленном потреблении наркотических веществ, причиняющем вред здоровью человека и представляющем опасность для общества». Поскольку в то время в Советском Союзе употребление наркотиков уже считалось преступлением, то в юридической литературе наркотизм определялся как «предусмотренная законом совокупность деяний, совершаемых с использованием наркотических веществ и посягающих на здоровье населения и общественную безопасность».

Последующая эволюция понятия «наркотизм» привела к тому, что оно стало определять явление, связанное с потреблением наркотиков как общественно опасное явление, выражающееся в незаконном потреблении и иных незаконных действиях с нарко-

тическими веществами, над которыми установлен специальный международно-правовой и внутригосударственный контроль.

Отождествление понятий «наркотизм» и «наркомания» не всегда оправдано, поскольку «наркотизм» не сводится к осмыслению его только как заболевания. Заболевание выражается в физической и психической зависимости от наркотического или психотропного вещества, при которой жизнедеятельность организма поддерживается на определенном уровне только при условии постоянного приема названных веществ, доза которых постоянно возрастает, что приводит к истощению физических и психических функций.

«Наркотизм» – более широкое понятие, поскольку включает в себя медицинские (биологические), социальные и правовые аспекты. Наркотизм – это негативное социальное явление международного плана, характеризующееся приобщением части населения страны к немедицинскому потреблению наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным международно-правовым и внутригосударственным контролем, а также участием (прямым или косвенным) в организации и осуществлении их нелегального оборота как в национальных рамках, так и в межгосударственных масштабах.

Это явление может оказывать влияние на все сферы жизни общества и государства: на общественное производство, на экономику страны, на состояние обороноспособности, на физическое и духовное здоровье нации, на преступность (ее состояние, структуру и динамику) и т.д.

Учебные вопросы и задания:

1. С какими целями психоактивные вещества использовались в архаических обществах, в период античности и средневековья?
2. Когда началось массовое употребление наркотиков в Европе? Что способствовало этому явлению?
3. Раскройте понятия «наркомания», «физическая зависимость», «психическая зависимость». В чем заключается психологическая сущность наркомании?

4. Чем принципиально отличаются понятия «наркомания» и «наркотизм»? В чем важность понимания этого различия для организации профилактики наркомании среди молодежи?

Темы рефератов

1. Понятия «наркомания», «наркотик», «наркотизм» в отечественной психологической и медицинской литературе.

2. Практика употребления психоактивных веществ в истории человечества.

Литература:

1. Алферов В.П. Наркотики и человек. М.: Луч, 1997.
2. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. – СПб.: Университетская книга, 1997.
3. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. М.: МПА, 2001.
4. Габиани А.А. Наркотизм // Конкретно-социологическое исследование по материалам грузинской ССР. Тбилиси, 1997.
5. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
6. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000.
7. Круглянский В.Ф. Наркомания и токсикомания у подростков. Минск: Выс школа, 1989.
8. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
9. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. д.с.н., проф. А.Н. Гаранского. М.: Изд-во Владос-Пресс, 2003.
10. Наркология. Пер.с англ. – М.; СПб.: «Издательство Бинном» – «Невский диалект», 1998.
11. Психология зависимости. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. МН.: Харвест, 2004.

12. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально – психологического исследования) / Под ред. Березина С.В., Лисецкого К.С. Самара: Изд – во «Самарский университет», 1998.

13. Психологические основы профилактики наркомании в семье / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001.

14. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.

15. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.

16. Проведение обучающих семинаров-тренингов по наркомании и ВИЧ/СПИДу. Руководство для сотрудников интернатов и детских домов./ Авторы-сост. Кружкова И., Морозова Н.М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2002.

17. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М.: Медицина, 2002.

§ 2. Наркомания в контексте социальных и экономических процессов

Наркоманию можно рассмотреть как социально «заразное» заболевание, распространение которого происходит внутри социальных групп. Именно поэтому невозможно «изолированное» существование наркомана в среде – рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков, образуя свою культуру, альтернативную традиционной. Иначе говоря, наркомания – это болезнь, порождающая свою субкультуру.

Наркокультура имеет свою внутреннюю логику и организацию. В ней легко обнаруживаются некоторые динамические и функциональные аспекты. Являясь изначально абсурдной, поскольку ее цель и результат находятся в непримиримом противоречии, наркокультура реализуется в постоянном преодолении моральных и правовых ограничений посредством низложения всех традиционных человеческих ценностей.

Потребность человека в преодолении ограничений, снятии запретов, освобождении чувств, удовлетворяемая в условиях наркокультуры универсальным способом (социальное и чувственное синхронное подкрепление), может быть осмыслена в рамках наркомании как механизм формирования психической зависимости (Петровский В.А., Березин С.В., Лисецкий К.С.).

Изучив особенности взаимодействия наркоманов друг с другом и социумом, проанализировав закономерности существования группы наркоманов, мы определили следующие отличительные черты наркокультуры.

1. Слитность (нерасчлененность) содержательных и операциональных значений.

В наркокультуре высказывания строятся, как правило, безлично. Большинство суждений имеют чаще всего форму глаголов, а субъект высказывания (подлежащее) в предложениях либо обозначается невербально, либо не обозначается вообще.

2. Инакоязычность. Зашифрованность.

«Язык», живущий в общепринятом языке общения. Слова, которые используются при построении фраз, текстов и даже диа-

логов в среде «посвященных» в наркокультуру, по существу не имеют никакого отношения к своим первоначальным значениям.

Наши исследования показали, что главная опасность существования «тайного языка» не столько в том, что его не всегда понимают родители, наставники и учителя, сколько в том, что, разговаривая на общепринятом языке, используя общепринятые слова, взрослые направляют мысли своих воспитанников в другое русло, не подозревая об этом. Поэтому даже обыденный язык может быть механизмом подкрепления поведения, направленного на употребление наркотиков.

3. Прямая противоположность значений и действий.

Противоположность первоначально обнаруживается в том, что из лексикона подростка, «входящего» в наркокультуру, постепенно «вымываются» высказывания личностного характера, высказывания от первого лица единственного числа, то, что принято называть «Я» и заменяются на высказывания от третьего лица множественного числа, то, что принято называть «Мы».

Однако, формирование спланированного, на первый взгляд, образа «Мы», на самом деле не соответствует и даже противоречит действительным отношениям, складывающимся между подростками, начавшими употреблять наркотики. Есть основания говорить, что реальная формула выглядит следующим образом: чем глубже переживаемое «Мы», тем больше недоверия друг другу в межличностных отношениях подростков, употребляющих наркотики. По мере формирования психической зависимости и углубления болезни происходит дальнейшая замена аутентичного "Я" выхолощенным от отношений доверия "Мы". Этот процесс результируется в конечном счете в феномене обезличивания [7].

4. «Религиозно-философские» утверждения.

В высказываниях подростков, употребляющих наркотики, часто присутствуют ригидные когнитивные конструкции, наполняемые лишенными смысла (вне контекста) «религиозно-философскими» утверждениями. Утверждения, заимствованные подростками, не вникающими в их глубинный смысл, выполняют скорее агитационно-идеологическую роль и предназначены преимущественно для тех, кто испытывает интеллектуальные сомнения в предлагаемых действиях, связанных с употреблением нар-

котиков. Здесь легко обнаружить и буддийский отказ от всех желаний, и христианское всепрощение как необходимое употребляющим наркотики условие для жизни в среде, построенной на тотальном обмане, и презрительное отношение к земным благам, и обещанную всеми религиями вечность, и всеобщее коммунистическое равенство.

В качестве внешних атрибутов рекламно-побудительного характера наркокультуры (для начинающих) выступает причудливая эклектика двух самостоятельных субкультурных образований. Первое можно назвать элитарной (богемной) субкультурой, носителями которой являются артисты, художники, звезды эстрады, люди искусства и люди около искусства, а также богатые меценаты и спонсоры. Второе можно назвать криминальной субкультурой, носителями которой являются люди, живущие «по понятиям», воры, бандиты, криминальные авторитеты, мошенники, бывшие осужденные, преступные группировки. Как в элитарной, так и в криминальной субкультуре допустимо употребление наркотиков, однако, оно не является самоценным и стержневым, как в наркокультуре. Более того, каждая из двух названных субкультур имеет четко выраженную направленность и отнюдь не аморфную систему ценностей. Наличие правил и ценностей обуславливает существование санкций за их нарушение или попрание.

Как в элитарной, так и в криминальной субкультуре существуют механизмы (экономического, морального, психологического характера), сдерживающие неумеренное употребление наркотических веществ.

В названных субкультурах складывается иерархия, обуславливающая соподчиненность всех ее членов, а значит и конкуренцию между ними. В наркоманской субкультуре лидеры могут возникать лишь ситуативно, только для получения дозы. Поскольку иерархии как таковой не существует, то соответственно и устойчивой структуры в наркоманской группе не складывается (Березин С.В., Лисецкий К.С.).

«Звезда» шоу-бизнеса вылетает с «Олимпа», если утрачивает профессиональную конкурентоспособность. Это далеко не всегда связано с употреблением наркотических веществ, но наркотики

могут являться причиной ее потери. Таким образом, «баловство» с наркотиками находится под контролем системы. В противном случае, система избавляется от своих аутсайдеров, и тогда наркокультура их принимает безвозвратно.

Еще более строго обстоит дело с употреблением наркотиков в криминальном мире. Авторитеты, криминальные иерархи лишаются доверия своей системы в случае злоупотребления наркотиками. Наркотики употреблять не запрещено, но становиться зависимым не позволено никому из лидеров. В криминальном мире наркотики являются скорее основой бизнеса, источником финансового благополучия и наполнения «общака», нежели смыслом жизни отдельных членов или группы в целом. В преступной среде наркоманы, как правило, не могут занимать важных «постов» из соображений безопасности и устойчивости системы.

Обобщая изложенное, можно говорить об особых отличиях наркокультуры от других субкультурных явлений: отсутствие иерархии, недиалогичность наркокультуры, единомыслие ее членов, отсутствие доверия во взаимоотношениях, демонстративное псевдоэлитарное поведение в сочетании с универсальной преступной направленностью. Высокая степень подражательности говорит о маргинальности наркокультуры, в которой остается одна единственная ценность и правило – наркотик.

Для более детального понимания наркомании стоит рассмотреть ее как явление многоаспектное, т.е. имеющее свое значение для различных сфер жизни общества.

Экономический аспект наркотизма

Незаконный оборот наркотиков порождает колоссальный по своим масштабам теневой оборот денежных средств. Торговля и потребление наркотиков выступают как чрезвычайно мощный механизм перекачивания денежных средств в теневой оборот. Очевидно, что, оказавшись в тени, эти деньги выходят из-под контроля государства и могут использоваться для увеличения потенциала теневой экономики и криминального мира.

Государство затрачивает на медицинское обслуживание наркоманов значительные средства, отвлекая тем самым часть средств от решения других проблем здравоохранения. С другой

стороны, затраты на оплату лечения наркомана в частных наркологических и реабилитационных центрах столь значительны, что это неизбежно приводит к снижению жизненного уровня их семей, составляющих значительную часть населения.

Развитие наркотической зависимости приводит к разрушению трудовой мотивации и трудового поведения в целом. Таким образом, из сферы материального и духовного производства происходит постоянный отток рабочей силы. Наркоманы составляют сегодня огромную, ничего не производящую, а только лишь потребляющую часть населения.

Поскольку интенсивное употребление психоактивных веществ (за исключением чая, кофе и табака) практически несовместимо ни с работой, ни с учебой, распространение наркомании среди молодежи приводит как к снижению общего интеллектуального потенциала страны, так и к «обеднению» трудовых ресурсов. Сейчас эти процессы носят латентный характер, однако, их негативные последствия неизбежно скажутся при смене «трудовых» поколений.

Государственные средства, затрачиваемые на пресечение незаконного оборота наркотиков, не дают ощутимого результата. Следовательно, финансовые и другие средства будут направляться в эту сферу во все более возрастающих объемах.

В некоторых странах производство наркотиков является частью общей политики. В Бирме, Лаосе, Кампучии прибыль от производства наркотиков составляет значительную часть национального продукта. В ряде таких стран, как Гватемала, Венесуэла, Колумбия, Афганистан, нелегальное производство наркотиков является мощным стимулом притока капиталовложений в местную экономику.

Демографический аспект наркотизма.

В сферу незаконного систематического потребления наркотиков вовлекаются преимущественно подростки и юноши мужского пола. Соотношение наркоманов мужского и женского пола составляет примерно 10:1. Формирование наркотической зависимости приводит к разрушению полоролевого поведения и угасанию сексуальных инстинктов. С другой стороны, смерть от пере-

дозировок и несчастных случаев, связанных с наркоманией, приводит к нарастанию диспропорции в соотношении полов. В результате этих процессов уже в ближайшее время произойдет определенное снижение рождаемости, увеличение количества одиноких женщин и неполных семей.

Среди наркоманов значительный процент составляют дети из неполных семей или семей, имеющих единственного ребенка. Высокая смертность среди наркоманов приводит к значительному возрастанию числа «бездетных» и «беспризорных» стариков, о которых некому будет заботиться. Если учесть крайнюю неразвитость системы социальной поддержки старости в нашей стране (дома престарелых, интернаты, стационары дневного пребывания, досуговые центры и т.д.), то очевидно, что появление огромного количества не получающих помощи и поддержки стариков чревато серьезными гуманитарными проблемами.

Моральный аспект наркотизма

В результате систематического употребления наркотиков происходит стремительная девальвация личности человека. Постепенно у наркомана разрушается моральная основа регуляции поведения: оно становится направленным исключительно на непосредственное удовлетворение потребности в наркотиках. Ценности жизни, закреплённые традиционной моралью, оказываются низвергнутыми, формируется «наркоманская» система ценностей, приобретающая статус основы наркоманского способа жизни.

Традиционная мораль, даже подкреплённая авторитетом религии, оказалась сегодня перед лицом самой серьезной опасности.

Российская семья, также оказалась неспособной защитить ребенка от наркомании. Это надо признать, и факт такого признания станет важным вкладом в социальную психотерапию. Пока общество таково, что родители стыдятся своих детей больше, чем любят их – дети будут погибать.

Наш опыт работы с родителями [6], потерявшими своих детей в результате наркомании, постоянно сталкивает нас с парадоксальным явлением: стыдясь за себя и своего ребенка, родители продолжают лгать о причинах его смерти, как бы оправдывая

себя перед обществом, которое тут же пытаются обвинить во всех своих неудачах.

Жизнь сложна и противоречива, но то, что для взрослого существует как противоречие, для подростка превращается в непреодолимый личностный кризис, порождающий экзистенциальное отчаяние. Сохранить целостность личности всегда помогала семья и традиционная культура. Семья сегодня оказалась в глубоком кризисе: родители часто не могут показать позитивный пример своим детям. Традиционная культура стремительно деградирует, что приводит к изменению меры человеческого в человеке. В поисках целостности и самоидентичности подросток незаметно включается в орбиту наркоманской субкультуры с ее традициями, фольклором, особым языком, системой ценностей, жизненных принципов, особых отношений. Наркоманская субкультура предстает сегодня как контркультура с гораздо большим потенциалом, нежели то, что мы пытаемся ей сегодня противопоставлять.

«Наркоманская» контркультура эксплуатирует глубинные основания культуры, извращая их позитивный смысл. Христианское «не стяжай богатств на земле» в сознании наркомана преобразуется в «презирайте жизнь». Об этом не догадываются ни родители, ни священнослужители. Вместо ожидаемого покаяния, наркоман находит в церкви подтверждение своим убеждениям.

Политический аспект наркотизма

Из проблемы сугубо медицинской наркомания превратилась в проблему общенационального масштаба, постепенно приобретая статус угрозы для безопасности страны. Масштабностью проблемы не преминули воспользоваться различные политические партии и социальные группы, используя спекуляции на «наркоманские» темы для решения своих проблем. На выборах в органы законодательной и исполнительной власти всех уровней 85% кандидатов практически во всех регионах России обращались к проблеме наркомании в своих предвыборных программах. Спекулятивность подобных заявлений очевидна: после избрания практически ничего не делается. Несомненно, подобные действия приводят и к снижению авторитета политиков, и к снижению ав-

торитета власти в целом. Низкий авторитет социальной власти вообще и государственной, в частности, означает снижение уровня управляемости обществом. В ситуации, когда проблемой молодежного наркотизма вынуждены заниматься различные министерства и ведомства, снижение уровня управления ведет к уменьшению координации их действий, создает возможность для делегирования ответственности за собственную некомпетентность в другую профессиональную и ведомственную сферу.

Международный (межгосударственный) аспект наркотизма

Выше было показано, что еще в позапрошлом веке в результате опиумных войн в Китае наркотики стали элементом международной политики. За последние полвека защита своих граждан от наплыва наркотиков неоднократно становилась поводом для вмешательства во внутренние дела, а иногда и военных операций США в латиноамериканских странах.

С другой стороны, зоны производства, каналы распространения и регионы потребления наркотиков, как правило, разнесены в пространстве и не вмещаются в границы отдельных государств. Распространение наркомании приводит к глобализации криминальных структур. Криминальные структуры, контролирующие производство, распространение и сбыт наркотиков, выходят на уровень международных синдикатов, способных благодаря своим финансовым возможностям влиять на политику отдельных стран или регионов.

Наркотики и средства, поступающие от их продажи и распространения, стали серьезным источником средств для финансирования подрывных и террористических организаций во всем мире.

Наркомания, как и терроризм, относятся к глобальным проблемам современности, т.е. проблемам, влияющим на весь мир в целом, на развитие общества и Человека. Явления, сопряженные с наркоманией – это отдельный пласт изучения: преступность, снижение качества жизни, ухудшение социально-психологического климата в обществе и т.д. Проблемой – спутником наркомании, актуальность которой под сомнение не ставится, является СПИД.

Учебные вопросы и задания

1. Дайте характеристику наркокультуры. В чем заключаются ее специфические черты? В чем состоит опасность наркокультуры?
2. Раскройте содержание экономического аспекта наркотизма.
3. Как наркотизм влияет на демографическую ситуацию в стране?
4. Раскройте содержание морального аспекта наркотизма.
5. Раскройте содержание политического аспекта наркотизма.
6. Охарактеризуйте наркотизм как международную проблему. В чем заключается содержание межгосударственного аспекта наркотизма?

Темы рефератов

1. Экономический аспект наркотизма.
2. Наркотизм и его демографические последствия.
3. Наркотизм и нормативное поведение: моральный и правовой аспекты.
4. Наркотизм и политика.
5. Роль международных организаций в борьбе с наркотизацией молодежи на современном этапе развития мирового сообщества.

Литература:

1. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Самара: «Самарский университет», 2000.
2. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
3. Кесельман Л.Е. Социальные координаты наркотизма. СПб филиал Института социологии РАН. СПб, 1999.
4. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. д.с.н., проф. А.Н. Гаранского. М.: Изд-во Владос-Пресс, 2003.
5. Наркология / Под ред. А.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.

6. Научно-методические основы первичной профилактики детской наркомании: для работников центров социальной помощи семье и детям. М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2000.

7. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998.

8. Силласте Г.Г. Новая наркоситуация в России. // Социологические исследования. 1994. №6.

§ 3. СПИД как одно из сопутствующих наркомании заболеваний

Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных в нашей стране составляют наркоманы. Однако, анализ представлений и знаний людей о СПИДе и ВИЧ показал, что даже в среде специалистов, не говоря уже о «простых» гражданах, существуют ошибочные мнения, затрудняющие работу с людьми, инфицированными ВИЧ или больными СПИДом.

Самым большим заблуждением в нашем обществе сейчас является отношение к проблеме СПИДа и ВИЧ, как к требующей внимания со стороны политиков, законодателей, врачей, ученых и проч.

На самом деле, эта проблема теперь стала личной для каждого человека. В Самаре и Тольятти инфицировано вирусом ВИЧ около 1% населения (мы будем давать только приблизительные цифры, так как статистические показатели слишком быстро меняются). 1 человек из 100 – казалось бы, немного. Но это если брать в расчет и младенцев и стариков; а если их исключить, то в некоторых возрастных группах этот показатель доходит до 7%. Сколько, примерно, человек живет в подъезде Вашего дома? От 50 до 150, в среднем – 100. Теперь подумайте о том, что один человек из ста – это один ВИЧ-инфицированный в каждом подъезде каждого дома нашего города... Время, когда эта проблема вошла в Вашу жизнь – настало.

Мы больше не можем себе позволить знать мало о ВИЧ и СПИДе, быть носителями мифов об этом заболевании и поддерживать СПИДофобию, царящую в нашем обществе. Нам больше не удастся поддерживать иллюзию того, что ВИЧ-инфицированные живут на другой планете. Законы человечества таковы, что объединение всегда выгоднее разрозненности; они требуют от нас открыть глаза и, набравшись смелости, протянуть руку более слабым.

Эпидемия ВИЧ-инфекции длится на территории России около 15 лет. Самарская область занимает одно из «почетных» первых мест по числу инфицированных в стране. К сожалению,

представления людей о ВИЧ и СПИДе продолжают оставаться окутанными множеством мифов.

Миф №1. *СПИД – неизлечимая болезнь, больные обречены на скорую и мучительную смерть.*

С точки зрения медицины СПИД (Синдром Приобретенного Иммуно Дефицита) – это не болезнь, а особенное состояние организма, характеризующееся неспособностью иммунной системы противостоять вторжению посторонних, болезнетворных бактерий¹. Причиной наступления такого состояния становится Вирус Иммунодефицита Человека – ВИЧ. Иммунная система устроена сложно и состоит из большого числа звеньев. Вирус ВИЧ поражает и, постепенно, уничтожает одно из ее звеньев, но в целом, система продолжает работать в течение некоторого времени. ВИЧ и СПИД не являются взаимозаменяемыми терминами. ВИЧ – это вирус, живой организм, приводящий к наступлению состояния СПИДа – снижения уровня иммунитета, являющегося причиной смерти.

Так, с момента заражения ВИЧ до момента, когда наступит СПИД, может пройти много лет. Исследования показали, что часть ВИЧ-инфицированных людей не обнаруживают каких-либо симптомов на протяжении более чем 10 лет, в то время как у других очень быстро прогрессирует СПИД. Причин, напрямую влияющих на скорость развития инфекции, пока не обнаружено. В России есть примеры бессимптомного течения ВИЧ на протяжении 15-18 лет. Максимальное время развития ВИЧ до наступления стадии СПИДа, пока неизвестно. В литературе приводятся следующие цифры – через 10 лет после того, как человек инфицирован, вероятность наступления стадии СПИД – около 50%. Вполне возможно, что в будущем, СПИД не будет основной причиной смерти среди ВИЧ-инфицированных, а будет отставать от «традиционных» причин смерти.

Миф № 2. *ВИЧ-инфицированные – больные люди. После заражения ВИЧ у человека наблюдаются симптомы, похожие на «простуду» – повышенная температура, потливость, головная боль, диарея (понос), сыпь, и проч.*

¹ Аналогичная патология иммунной системы встречается, например, у онкологических больных; но у них она наступает по другим причинам

Многие ВИЧ инфицированные по 15 лет и больше не проявляют никаких симптомов. В этот период, ни сами инфицированные, ни другие люди не смогут догадаться о наличии ВИЧ, не прибегая к специальному тестированию (анализу).

Единственный способ узнать, инфицированы ли вы – это сдать свою кровь на анализ (пройти тест). Если у вас обнаружена ВИЧ-инфекция, то ваш анализ называется положительным. Таких людей называют ВИЧ-положительными для того, что бы подчеркнуть, что считать их больными («ВИЧ-инфицированный» вызывает, чаще всего, именно такую реакцию) совершенно необоснованно¹. После заражения ВИЧ у человека наступает бессимптомная фаза течения заболевания; то есть отсутствие признаков заболевания. В медицинской литературе, действительно, описывается некоторое кратковременное «простудоподобное» реагирование организма на вторжение ВИЧ, но люди его обычно не замечают, оно не может являться признаком болезни или заражения.

Миф № 3. *Все ВИЧ инфицированные – представители «группы риска» в настоящем или в прошлом – наркоманы, проститутки, гомосексуалисты.*

Почва для этого расхожего мнения существовала в прошлом. Люди, у которых были выявлены самые первые официально зарегистрированные случаи заболеваний (в США), были мужчины-гомосексуалисты. Но довольно скоро выяснилось, что болезнь передается через кровь, и она стала активно распространяться среди всех тех, кто имел повышенный риск обмена своей крови (или содержащими ее жидкостями организма) с чужой. Первыми массовыми носителями ВИЧ стали люди, употребляющие наркотики инъекционно; имеющие большое количество половых контактов, незащищенных презервативами; получатели донорской крови (препаратов крови).

В 2000 году, в эпоху гигантской волны подростково-юношеской наркомании, в Самарской области 98% ВИЧ-инфицированных были заражены путем совместного инъекционного употребления наркотиков. Однако, в настоящее время, сильно выросла

¹ Теперь люди, инфицированные ВИЧ, называют сами себя еще короче – «положительные», а неинфицированных людей – «отрицательные».

доля людей, получивших ВИЧ половым путем. Среди них совсем немного мужчин и женщин, ведущих беспорядочный образ половой жизни. Интенсивно сейчас растет число ВИЧ-инфицированных женщин, обнаруживших свой диагноз при постановке на учет по беременности, вскоре после заключения брака. Ни их мужья, ни, тем более, они даже и не предполагали, что прошлый сексуальный опыт, на их взгляд вполне естественный и нравственный, обернется такими последствиями. Стремительно увеличивается и число детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями.

Сейчас на учете в Самарском областном СПИД-центре стоят и безработные и бизнесмены; и политики и чиновники; и рабочие и колхозники; представители и творческой, и научной интеллигенции; и студенты и школьники; и молодые, и люди среднего возраста, и главы семейств и одинокие; и наркоманы, и пьющие и увлекающиеся спортом-физкультурой, ведущие здоровый образ жизни.

Никто из нас не защищен от ВИЧ инфекции. Не существует такого понятия, как группа повышенного риска. Но существует рискованное поведение. И каждый человек может контролировать себя и свое поведение

Миф № 4. *Никто не сможет уберечься от заражения ВИЧ. ВИЧ повсюду – на поручнях общественно транспорта, в парикмахерских и зубных кабинетах, в общественных туалетах и бассейнах, его могут переносить через укус комары и собаки... В конце концов – по городу ходят сотни озлобленных больных, стремящихся заразить ни в чем не повинных людей с помощью укола зараженной иглой, например.*

Несмотря на бытующие мифы, на сегодняшний день в Самарской области, (а по некоторым данным и в мире), не зарегистрировано случаев заражения ВИЧ так называемым, «бытовым» путем. По официальным данным, пока нет ни одного человека, которого заразили бы «СПИД-террористы». Нет зараженных в парикмахерских или зубных кабинетах; нет тех, кто был инфицирован в процессе ухода за СПИД-больным; нет ни одного медицинского работника, заразившегося в результате исполнения своих служебных обязанностей; нет покусанных «ВИЧевыми» комарами или собаками.

Есть, по меньшей мере, три причины, по которым заражение ВИЧ возможно практически, *только при половых отношениях, не «защищенных» презервативами и в ситуации совместного использования медицинского оборудования – обычно шприцев для внутривенного введения наркотиков.*

Во-первых, вирус ВИЧ является, сравнительно с другими вирусами, довольно неустойчивым к воздействию окружающей среды, и не может долгое время оставаться живым вне клеток человеческого организма – без тепла и жидкости. Он, например, погибает при нагревании всего до 46-50 градусов уже через 2-3 минуты.

Во-вторых, вирус ВИЧ не способен проникнуть сквозь здоровую, неповрежденную кожу – она является великолепным барьером. Здоровая слизистая оболочка (не травмированная, не поврежденная инфекционными заболеваниями) – ткань, покрывающая ротовую полость, полость носа, глаз, пищевода, половых органов и т. д., также является прекрасной преградой на пути вируса. Вирус также не может проникнуть и через здоровую плаценту – орган, осуществляющий «фильтрацию» крови, питающей младенца в утробе матери во время беременности.

В-третьих, вирус ВИЧ способен заразить – то есть проникнуть внутрь и начать разрушение – далеко не любую клетку человеческого организма, а только один ее вид. Это определенная разновидность лимфоцитов – вирус «умеет» прикрепляться и нарушать клеточную мембрану только у них. Даже если вирус и попадет в кровь человека, но в течение определенного времени, находясь в кровяном русле человека, не встретится с этой самой определенной клеткой-лимфоцитом и погибнет, то заражения не произойдет. Поражение вирусом одной или нескольких клеток также не приведет к заражению – для этого необходимо довольно большое число вирусов.

Заражение возможно *только в случае попадания достаточно большого количества крови (или другой жидкости организма), содержащей вирусы ВИЧ, в кровь незараженного человека.* Например, вероятность заражения в результате одного незащищенного полового контакта (без признаков насилия, не в анальной форме, в отсутствие венерических заболеваний), около 50%. Сто-

ит, однако, отметить, что в этом случае для женщин вероятность заразиться заметно выше, чем для мужчин, в силу большего времени и площади контакта с вирусно-опасной жидкостью. Вероятность инфицирования для обоих снижается, при условии, что оба половых партнера после полового акта приняли душ, смыли с себя все жидкости другого человека.

Жидкости организма, содержащие вирус в концентрации, достаточной для заражения (перечислены в порядке убывания концентрации): ликвор (жидкость спинного мозга), кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко (опасно из-за невозможности отследить попадание в него микроколичеств крови).

Жидкости и организма, содержащие вирус в низкой концентрации – для заражения необходимо попадание очень большого их количества в организм: моча, слюна (для заражения другого человека необходимо около 1 литра), слезы.

Вирус ВИЧ не обнаружен в поте, фекалиях (кале, стуле), ушной сере. Научные данные подтверждают также, инфекционную неопасность рвотных масс и гноя.

Крайне трудно заразиться при бытовых контактах – объятьях, рукопожатиях, занятиях спортом, пользовании общей посудой, постельным бельем, полотенцами, туалетом, ванной, бассейном, предметами быта. ВИЧ не способен передавать во время укуса комары, собаки и другие животные – человеческий ВИЧ погибает в их организме.

Для предотвращения заражения: не пользуйтесь общими шприцами или другим медицинским оборудованием, имевшим контакт с кровью и другими жидкостями организма; пользуйтесь презервативами при всех сексуальных контактах, в которых нет абсолютной уверенности; избегайте совместного использования зубных щеток (из-за возможности кровотечения десен) и бритвенных принадлежностей. **ЭТО ВСЕ.**

Миф № 5. *Лекарства от СПИДа есть, но они недоступны. Народные средства помогают таким же необъяснимым образом, как и при онкологических болезнях.*

Для того чтобы понять, почему создание лекарства, а тем более, вакцины от СПИДа, является такой сложной задачей; для того чтобы не стать жертвами иллюзий и шарлатанов, мы должны

сделать небольшой экскурс в элементарные основы биологии. Кроме того, понимание механизма заражения, течения и терапии (лечения) ВИЧ, может быть важным шагом в решении ВИЧ-положительного человека следить за своим здоровьем.

Итак, сначала о вирусах. В отличие от растений, животных, грибов и бактерий, состоящих из клеток, вирусы являют собой необычную – неклеточную форму жизни. Клетка, как форма жизни, обладает двумя важнейшими и удивительнейшими свойствами. Во-первых: она может сама себе обеспечивать жизнь – добывать из окружающей среды питательные вещества, и выделять «отработанные» продукты обмена веществ. Во-вторых: она способна к самовоспроизведению, путем деления. А вирус, как неклеточная форма жизни, не умеет делать ни того, ни другого. И погибает, если «вовремя» не внедрится в клетку-хозяина, и не заставит ее «работать на себя». Вся жизнедеятельность любой клетки регулируется и управляется молекулой ДНК, содержащейся в каждой из них. ДНК дает клетке все указания – как клетке жить так, что бы не только выжить, но и размножиться, создав точную копию «себя, любимой». Прежде, чем клетка станет делиться на две, в ней происходит сложный процесс самоудвоения ДНК, что позволяет обеспечить «информационным носителем» каждую вновь появившуюся клетку. И этот процесс удвоения запускается специальными веществами – ферментами, запускающими (активаторы) и останавливающими (ингибиторами).

Вирусы, как мы уже говорили, не умеют делать ничего сами. Они представляют собой оболочку, внутри которой находится их, вирусная ДНК, и это все их устройство. Зато они могут проникать в клетку, «впрыскивать» в нее свою, вирусную ДНК, и в «нужный» момент, когда срабатывают ферменты-активаторы, происходит непоправимая ошибка – клетка удваивает не себе подобную ДНК, а вирусную. То, что образуется в результате этого, нельзя назвать уже ни родственником «клетки-матери», ни вирусом. «Обманутая» клетка послушно исполняет команды вирусной ДНК, живет, строит свое «тело» по другим «чертежам», осуществляет другие процессы и, самое главное, воспроизводит теперь в большом количестве таких же, как она. А вре-

мя от времени, вырабатывает наружу в большом количестве еще и дополнительные вирусы.

Уничтожить вирус можно теперь только со всей клеткой. Но пока мы не можем регулировать процессы организма на клеточном уровне, не можем «отстреливать» только пораженные вирусом клетки и уничтожать только их. Все существующие сейчас лекарства основаны на том, что в организм человека в больших дозах¹ вводят ферменты-ингибиторы, они тормозят в клетках процессы удвоения ДНК, и роковой ошибки- подмены «родной» ДНК на вирусную – не происходит. Через какое-то время вирус погибает, и либо не происходит заражения, либо заметно приостанавливается процесс размножения вирусов, давая «передышку» иммунной системе человека, отодвигается наступление стадии СПИД.

Теперь об иммунной системе. В целом, она призвана ограждать организм от вмешательства каких бы-то ни было биологически инородных организмов. Для этого в ней существует несколько «подразделений», каждое из которых выполняет поставленную задачу разными способами и инструментами с помощью разного рода клеток – нескольких «сортов» лимфоцитов. Одно из таких подразделений, это, можно сказать – руководители, «мозговой центр» – называются Т-лимфоциты, и их тоже несколько типов. Вирус ВИЧ устроен так, что способен проникать внутрь клеток только одного типа Т-лимфоцитов – cd-4 клеток. Их-то он и поражает, а любые другие клетки недоступны для него. Попав во внутреннюю среду человека – кровь – вирус должен обязательно встретиться cd-4 лимфоцитом, проникнуть внутрь него, дожидаться процесса удвоения, и оставаться все еще жизнеспособным к моменту, когда случится «измена» – удвоение не родной, а вирусной ДНК. Потом, с известной ему одному, вирусу, скоростью, начинается процесс перерождения cd-4 лимфоцитов. Их число уменьшается. Но в целом иммунная система все еще может нормально работать. Пока не останется критическое число cd-4 лимфоцитов в единице крови. Еще какое-то время ситуацию спасают вышеописанные лекарственные препараты, способные снижать скорость удвоения вирусоподобных клеток.

¹ Да простят нас специалисты за утрированную упрощенность.

Основными и наиболее частыми заблуждениями являются следующие:

- *Необходимо постоянно «укреплять иммунитет».* Человек не может какими-то прямыми способами повлиять на число и характер вырабатываемых в его организме различных клеток-лимфоцитов. Никакие «общеукрепляющие» средства – витамины, лекарственные травы, «солнце, воздух и вода», не влияют на работу иммунной системы напрямую, а только могут оказывать содействие, облегчить какие-то ее задачи. Само ее состояние – число и качество клеток – не подвергается изменениям напрямую из-за вышеперечисленных факторов.

- *Надо «беречь свой иммунитет, не нагружать его».* В медицине, да и в других областях, работает принцип «используй или потеряешь» (use it or lose it). Снижение нагрузки на иммунную систему, может даже снизить ее функциональные возможности.

- *Течение болезни зависит от образа жизни.* Действительно, прием наркотиков, алкоголя, курение, разрушающие организм, почти всегда «облегчают задачу», стоящую перед вирусом. Но здоровый образ жизни и правильное питание, режим, физические упражнения не являются гарантией того, что вы «повлияете» на скорость размножения вирусов в вашем организме. Поведение ВИЧ нельзя предсказать, а можно только приблизительно прогнозировать.

- *Если уж ты заразился, то больше нечего терять.* Для ВИЧ-положительных людей крайне нежелателен дополнительный контакт с кровью других ВИЧ-положительных. «Чужие, дополнительные» вирусы, попадающие к человеку, увеличивают так называемую «вирусную нагрузку на кровь», и делают ситуацию менее благоприятной. Так, по данным ученых, около 5% ВИЧ-положительных ежегодно заражаются ВИЧ второй раз (другим подвидом – штаммом вируса, всего их более 10).

Миф № 6. *Так как СПИД неизлечим, то больные, их родственники и государство не должны тратить сил и средств на помощь этим людям.*

Парадокс заключается в том, что ВИЧ и СПИД могут лечить, но не могут вылечить.

Действительно, сейчас нет лекарственных средств, способных обеспечить человеку жизнь в отсутствие иммунной системы (компенсирующих состояние СПИДа). Однако, уже более 10 лет назад были созданы первые лекарственные препараты, способные отсрочить наступление стадии СПИД – вышеописанные ингибиторы клеточных процессов удвоения ДНК. Со временем они совершенствуются и становятся все более доступными, эффективными, оказывают меньшее количество побочных эффектов. Это антиретровирусные препараты, а лечение с их помощью – антиретровирусная терапия. С начала 2005 года, на законодательном уровне в Российской Федерации, закреплено право ВИЧ-инфицированных получать бесплатно эти препараты по назначению врача¹. Препараты выдаются пациентам сразу на руки, подробно объясняется способ и схема их применения. *Очень важно* принимать лекарства строго по назначению врача. Прием лекарства по часам обеспечивает непрерывное поддержание нужной концентрации лекарства на необходимом уровне, и только тогда оно подействует эффективно. Эти лекарства получают все беременные женщины, ими обеспечивают их новорожденных детей. Также препараты назначают тем людям, у кого концентрация cd-4 лимфоцитов стремительно начинает уменьшаться или опускается ниже нормы (норма – от 800 до 1 200 в 1 кубическом мм крови; диагноз СПИД ставится, когда их остается менее 200 в 1 мм куб крови). Но средства, применяемые для замедления наступления стадии СПИД, дают множество побочных эффектов, в основном – токсикацию, как при химеотерапии в онкологии. Поэтому их применение «заранее», не адекватно состоянию пациента, не только не даст эффекта, но может, даже, ухудшить его состояние.

Таким образом, применение антиретровирусной терапии может продлить бессимптомный период течения ВИЧ-инфекции на

¹ Эти же препараты применяют для профилактики в случаях, когда у человека случился контакт, несущий в себе риск заражения. В течение 48 часов необходимо начать прием лекарств. Препараты «не дают» вирусу размножиться в «новом хозяине», и с течением времени вирусы погибают. Таким образом, даже если случился «рискованный» контакт, можно предотвратить заражение.

время, максимальная продолжительность которого еще не определена. С ее помощью ВИЧ-положительные люди могут вести обычный образ жизни – работать, делать карьеру, любить, дружить, создавать семьи, рожать и воспитывать детей, просто жить и строить свою судьбу.

Миф № 7. *ВИЧ-инфицированные теряют всякий смысл дальнейшей жизни – у них нет возможности создавать семьи, рожать детей, делать карьеру, получать образование. Их удел – беспрестанная охрана своего здоровья от любых заболеваний, здоровое питание, избегание физических и умственных нагрузок, постоянный прием витаминов, пищевых добавок и лекарств.*

До тех пор, пока не начнется наступление стадии СПИДа и ее течение, образ жизни ВИЧ-положительного человека не ограничивается ничем, кроме обязательного использования презервативов в сексуальной жизни и осторожного обращения со своей кровью (и др. инфекционно опасными жидкостями организма). У них нет противопоказаний к физическим или умственным нагрузкам, они не больше и не меньше, чем другие, нуждаются в здоровом питании, свежем воздухе, чистой питьевой воде.

ВИЧ-инфицированные люди создают семьи, и не только с «положительными», но и с «отрицательными» людьми и у них рождаются дети. Очень многих людей удивляет то, что у ВИЧ-инфицированных родителей могут родиться не зараженные ВИЧ дети. Все дело в том, что в утробе беременной женщины заражения, почти никогда не происходит. Основной источник опасности – контакт с кровью матери в родах, и грудное вскармливание. При условии проведения операции кесарева сечения, и отказа от кормления грудью, вероятность рождения здорового малыша – около 70-80%. А в случае, если будущая мать станет принимать во время беременности специальные (антиретровирусные) препараты, и такими же препаратами будет обеспечен малыш в первые месяцы жизни, эта цифра может вырасти до 99,5%.

Миф № 8. *ВИЧ-инфицированный человек может умереть от любой болезни, даже самой легкой и простой, если заболит ею.*

До того момента, пока уровень cd-4 лимфоцитов не опустится до критического (см. выше), ВИЧ-инфицированные люди болеют распространенными простудными или другими инфекцион-

ными заболеваниями, также как и не инфицированные люди – лечатся теми же лекарствами, испытывают те же симптомы, проблемы со здоровьем у них не требуют особого медицинского подхода. Когда иммунитет станет заметно ослаблен, у ВИЧ-положительного человека начинают наблюдаться особенные заболевания – оппортунистические (их не бывает у тех, чей иммунитет не поврежден). Эти оппортунистические болезни постепенно начинают поражать организм человека и постепенно совместно берут верх над жизнью человека.

Наиболее частые оппортунистические заболевания – *кандидоз* (грибковые поражения слизистых оболочек – белый налет, в народе называемые «молочница»), протекают у ВИЧ-отрицательных людей в очень легкой форме), различные формы вируса *герпеса* (в народе – «малярия, простуда», язвы на губах, иногда половых органах, также легко протекают у ВИЧ-отрицательных), *пневмоцистная пневмония* (редкая форма воспаления легких), *саркома Капоши* (рак лимфатических сосудов), *туберкулез*, *цитомегаловирус*, *криптококковый менингит* (поражения головного мозга), *токсоплазмоз*, и некоторые другие, малоизвестные широкому кругу читателей. Именно они и становятся причиной смерти людей, больных СПИДом.

Миф № 9. *СПИД может «пройти» сам собой. Бывают случаи, когда результаты анализов вдруг меняются в противоположную сторону.*

Из-за недостатка информации, пациенты или даже иногда врачи, могут неправильно истолковывать результаты анализа (тестирования) на ВИЧ. Диагноз СПИД не выявляется только с помощью тестирования, а определяется по совокупности симптомов и с учетом истории течения заболевания. Все существующие методики обнаруживают в крови испытуемого, химическим путем, либо:

- сами вирусы ВИЧ (это довольно сложный и дорогостоящий метод, требующий сложного оборудования, эта технология называется ПЦР – полимеразная цепная реакция);
- антитела к вирусу ВИЧ (иммунитет, пытаясь обезвредить ВИЧ, вырабатывает против него антитела, но они оказываются бессильными; если в крови есть антитела, то есть и сам ВИЧ).

Для обнаружения антител применяют два вида исследований. Широко применяемый тест *ИФА*, простой и недорогой, иногда может давать ложноположительные реакции (например, у больных некоторыми онкологическими заболеваниями, при беременности, в период обострения воспалительных или аллергических заболеваний). Тест *вестернблот* (иммуоблот) выполняют не во всех лабораториях, он более дорогостоящий и сложный. Вероятность ошибки при таком тестировании возможна только при нарушении технологии, и составляет 1-5 на 100.000.

Таким образом, ложноположительный результат ИФА (например, в случае беременности), после прохождения тестирования с помощью иммуоблота, может смениться на отрицательный. Это не связано с тем, что ВИЧ «куда-то делся», или с безграмотностью специалистов, а объясняется объективными обстоятельствами.

Обязательно необходимо знать и о «периоде окна». Это время, когда человек уже инфицирован ВИЧ, но медицинские исследования еще не способны выявить этот факт, так как концентрация антител, вырабатываемых организмом на присутствие ВИЧ, еще не достаточна. Поэтому человек сможет узнать о своем заражении только спустя 1-6 мес. после «опасного контакта», и результаты анализов в этот период могут быть непоследовательными. Однако тест ПЦР способен выявить ВИЧ и в «период окна».

Мы уже говорили о том, что плацента (орган, фильтрующий кровь, питающую плод во время беременности) не пропускает ВИЧ в организм ребенка (плода). Но в кровь малыша попадают материнские антитела к ВИЧ. Поэтому, в течение первых полутора лет жизни у ребенка все тесты на антитела будут положительными, хотя самого ВИЧ у него может и не быть. Для окончательного выяснения необходимо либо ждать 18 месяцев, либо провести тестирование с помощью ПЦР. Это явление также дает почву для заблуждений о загадочном поведении вируса.

Подведем итоги.

ВИЧ может поразить любого человека, и никто не защищен от него. В то же время, для того, чтобы заразиться ВИЧ, надо «постараться», и вести себя совершенно определенным способом:

употребляя наркотики внутривенно, совместно использовать необходимые для этого принадлежности, не применять барьерных средств контрацепции (презервативов) при сексуальных отношениях. Заразиться ВИЧ бытовым путем почти невозможно. ВИЧ-положительные люди могут стать родителями здоровых детей, долгое время жить полноценной жизнью во время протекания бессимптомного периода, с помощью антиретровирусной терапии продлять его, получать это лечение бесплатно в СПИД-центре. Нельзя определить по внешнему виду человека – есть ли у него ВИЧ; только медицинское тестирование может сделать это. Вирус поражает часть иммунной системы человека на клеточном уровне, поэтому «изгнать» его из организма человека невозможно, но возможно мешать ему наносить ощутимый вред.

Чего хотят от нас ВИЧ-положительные люди, что важно для них?

ВИЧ-положительные также, как и все другие люди, очень нуждаются в человеческом общении. Если вы узнали, что в вашем кругу появился такой человек, то ни в коем случае не надо прекращать общение с ним, «что бы он не догадался о том, что мне известен его диагноз», «чтобы не нанести ему травму своим отношением». При желании и со временем, Вы сумеете перебороть свои предрассудки по отношению к нему, и таким образом сохраните, а может быть, и улучшите ваши с ним отношения. Избегание, отвержение – самое страшное и несправедливое наказание по отношению к этим людям.

Самым лучшим отношением к людям, инфицированным ВИЧ, было бы честное, искреннее и естественное – такое же, как если бы диагноза ВИЧ не существовало. Не делать ВИЧ участником межличностных взаимоотношений – вот что важно.

В первые недели после обнаружения ВИЧ, большинство людей ошибочно полагает, что только сохранение анонимности их диагноза может гарантировать им «нормальную» жизнь в дальнейшем; сохранит их прежние отношения с окружающими людьми. Но страх раскрытия диагноза, наоборот, приводит, к сужению межличностных связей до минимума, и даже к изоляции ВИЧ-положительных от общества. Стремясь скрыть свой ВИЧ-статус от окружающих людей, они становятся заложниками сво-

его страха, теряют главное, необходимое условие существования человека – доверительные и значимые межличностные отношения, участие в жизни общества.

Несомненно, что раскрытие своего диагноза окружающим – тяжелое «испытание на прочность», не только имеющихся отношений, но и для самой личности. Но только пройдя его, возможно установить, порой практически заново, круг общения (не формальный), как необходимую среду существования, обитания, выживания человека. Поэтому очень важно, что бы окружающие, своим поведением, помогали (не создавали препятствий) ВИЧ-положительным людям сохранить (или установить заново) честные, полноценные, равноправные отношения с миром окружающих людей. Для этого очень важно, что бы мы перестали быть СПИДофобами – носителями мифов о ВИЧ и СПИДе; прилагали усилия к поиску достоверной информации, распространяли только сведения, полученные из достоверных источников; не прятались от этой проблемы, от информации об этой болезни, от людей, инфицированных ВИЧ.

Если вы знакомы с ВИЧ-инфицированным человеком – дайте ему знать об этом, наедине, в тактичной форме; при этом, дайте ему понять, что вы готовы строить с ним дальнейшие отношения без поправки на его диагноз. Искреннее, честное и открытое отношение очень важно для любого человека; при этом, Вы не обязательно должны стать ему другом, но обман, неискренность, избегание отношений наносят вред обеим сторонам. Если Вас напрягает что-то в отношениях, (вы боитесь чего-то, или для Вас важно то, как был инфицирован человек) – лучше спросить у него об этом напрямую, вежливо и тактично прояснить все имеющиеся у Вас вопросы.

Диагноз ВИЧ – сильное потрясение, горе, связанное с потерей самых важных ценностей жизни. Как всякий человек, в состоянии горя, ВИЧ-положительные люди очень нуждаются в том, что бы «просто поговорить по душам», «выговориться», «излить душу». Поговорите с ними о том, что их волнует, выслушайте их, может быть, просто помолчите вместе с ними. Вы можете стать объектом агрессии, обиды, других отрицательных эмоций, это является довольно распространенным явлением – не принимайте

их на свой счет, дайте пройти времени, отнеситесь с пониманием. Очень значимыми, особенно в первое время, для ВИЧ-положительных, являются телесные контакты – рукопожатие, касания плеча, поддерживание под руку, за локоть.

Информация о новых научных открытиях в области ВИЧ/СПИДа является для ВИЧ-положительных людей, без преувеличения, жизненно необходимой. Поэтому будьте предельно аккуратны и точны – не пользуйтесь непроверенными источниками, приблизительными цифрами, не искажайте информацию, запоминайте источники ее получения, не делайте самостоятельно никаких выводов, умейте сказать – «я не знаю». Не обманывайте, не давайте надежды, не основанной на реальных фактах.

Наиболее доступными источниками компетентной информации, сохраняющим вашу анонимность, являются интернет и специализированные «Телефоны Доверия». Воспользуйтесь следующими адресами и телефонами: www.aids.ru, (495) 381-89-83, (495) 933-42-32, (495) 366-62-38

Итак, включенность наркомании во все сферы жизни социума ставит перед специалистами задачу комплексного изучения особенностей ее распространения. На уровне общества наркомания должна быть рассмотрена как системное явление, состоящее из множества элементов, каждый из которых тесно связан с другими элементами, а также с процессами и явлениями, лежащими «за пределами» наркомании. На уровне человека наркомания рассматривается как результирующая предпосылок и факторов, описанию которых посвящен следующий раздел.

Учебные вопросы и задания:

1. Раскройте механизмы взаимного обусловливания распространения ВИЧ и наркомании.

2. Дайте определение понятию «ВИЧ»? Как происходит инфицирование ВИЧ? Каковы основные способы профилактики ВИЧ-инфекции?

3. Дайте определение понятию «СПИД»? каковы симптомы и динамика заболевания?

4. В чем заключается опасность социальной стигматизации больных СПИДом?

5. Каковы психологические характеристики ВИЧ-инфицированных людей, в чем заключаются особенности их социального поведения?

Темы рефератов:

1. Наркотизм как фактор распространения ВИЧ.
2. Причины и последствия социальной стигматизации ВИЧ-инфицированных людей.
3. Международное сотрудничество в профилактике СПИДа.
4. Профилактика СПИДа и ВИЧ в современной России.

Литература:

1. Проведение обучающих семинаров-тренингов по наркомагии и ВИЧ/СПИДу. Руководство для сотрудников интернатов и детских домов. / Авторы-составители: Кружлова И., Морозова Н. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2002.

2. Усатова Н.А. Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным. // Проблемы профилактики негативных зависимостей среди молодежи. Самара: «Самарский университет», 2001.

§ 4. Факторы и предпосылки наркотизации

Исследования, посвященные подростковой наркомании, показали, что выделение конкретных причин наркотизации подростков и старшеклассников является невозможным. Распространение наркомании связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых, взятая в отдельности, не является определяющей. обстоятельный анализ отечественной и зарубежной научной литературы по проблемам наркомании показал многообразие точек зрения и подходов к данному вопросу. Если обобщить причины, перечисляемые авторами, получится список, который, однако, не будет исчерпывающим.

1. Подражание взрослым, специфика социализации и поиск новых впечатлений, нарушения в эмоциональной сфере.

2. Стресс, внушаемость, любопытство, педагогическая запущенность, последствия травм.

3. Экономические причины, несовершенство законодательства, традиции употребления легальных наркотиков (кофе, табак, пиво, алкогольные напитки).

4. Семейные проблемы, наследственность, психопатологии, неполная семья, деструктивная семья, ригидная семья и т.д.

5. Особенности характера, такие как уступчивость, чувство вины, нерешительность, внушаемость, тревожность и т.д.

6. Личностные особенности, аффилиативность (поиск покровителя), потребность в признании, подавленность душевных и сексуальных переживаний, психологическая защита, стиль поведения и мышления и т.д.

Для удобства мы обобщили и классифицировали все названные различными авторами причины по нескольким основаниям, получив, таким образом совокупность факторов, находящихся во взаимодействии друг с другом.

Факторы наркотизации условно можно разделить на внешние и внутренние. Среди внешних причин выделяют макропричины и микропричины. Внутренние разделяются на индивидуально-биологические, индивидуально-психологические и личностно-психологические.

Классификация получила следующий вид:



Рассмотрим подробнее каждую группу факторов.

Внешние факторы. Их наличие не зависит от индивида, это объективно существующие условия, влиять на которые человек практически не может. К внешним факторам относят социально-экономическое состояние общества, традиции, реклама, климат в семье и школе и т.д. Макропричины – это условия, существующие в обществе в целом, а микропричины – это условия внутри той социальной группы, в которой находится субъект.

Внешние макропричины.

Экономическое/социальное неблагополучие

Дети из социально неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия, родители которых имеют не престижный род занятий или являются безработными, больше подвержены риску быть постоянными участниками правонарушений и часто злоупотреблять алкоголем и наркотиками. Экономически (социально) неблагополучные условия могут быть определены социальным работником, социальным педагогом как один из возможных факторов риска.

Задача социальных служб – способствовать социальной адаптации неблагополучных семей посредством реализации возможных правовых или экономических мер (выделение материальной помощи, содействие в устройстве родителей и трудоспособных детей на работу, определение детей в санатории, детские лагеря, социальные гостиницы и т.д.)

С другой стороны, также высок шанс наркотизации у детей из внешне благополучных, состоятельных семей: озабоченность родителей своим социальным положением, напряженность, тревожность, конфликты, часто возникающие в отношениях между

бизнесменами и их супругами и детьми, создают неблагоприятную обстановку в семье, что не может не отразиться на психологическом благополучии подростка. К сожалению, многие состоятельные люди (особенно, отцы) по тем или иным причинам не всегда признают наличие неблагоприятной атмосферы в семье, поэтому вовремя не обращаются за психологической помощью. Со стороны центров социально – психологической помощи контроль практически невозможен, поскольку без запроса (обращения) специалисты не могут вмешиваться в семейную ситуацию и, следовательно, противостоять возможной наркотизации подростка. В данном случае важным является сотрудничество центров социальной – психологической помощи со школами, лицеями, колледжами и другими, в том числе и негосударственными, образовательными учреждениями, в которых специалисты (педагоги, психологи) имеют больше возможностей общения с детьми и их семьями, а значит, больше возможностей профилактической работы.

Неблагоприятное окружение и общественная необустроенность

Районы, отличающиеся высоким уровнем преступности, с часто меняющимися жильцами, не способствуют возникновению чувства единения и общности среди людей, населяющих их, которое существует в более благополучных районах с меньшей плотностью заселения и низким уровнем преступности. Неблагоприятное соседство и общественная необустроенность способствуют распространению злоупотребления алкоголем среди местной молодежи.

Задачей организаций, занимающихся профилактикой наркомании, в данном случае является сотрудничество с правоохранительными органами в целях ужесточения контроля над распространением наркотических веществ в данном районе, а также создание досуговых центров, подростковых клубов, отделов внешкольной работы, структурирующих свободное время детей и подростков, проживающих в этом районе.

Противоречия и несогласованность в законодательстве

Положение дел с употреблением алкоголя и наркотиков напрямую связано с существующими законами и правилами, дейст-

вующими в отношении алкоголя и наркотиков, содержащимися в федеративном и местном законодательстве. Также важно, что изменения в законодательстве не всегда становятся известны обывателю, и незнание этих изменений может поставить человека вне закона.

Задачей работников центров социально – психологической помощи, в частности, юридических отделов, является просвещение детей и родителей по вопросам законодательства в отношении наркомании и лиц, распространяющих и употребляющих наркотики.

Доступность алкоголя и наркотиков

Доступность алкоголя и наркотиков объективно связана с вероятностью злоупотребления ими. В школах, где наркотики более доступны, существуют более высокие показатели употребления наркотиков. Кроме того, на вероятность употребления наркотиков оказывает влияние соседство со школой ночных клубов, ресторанов, кафе, продуктовых магазинов, рынков, парков и других мест с пониженным контролем над распространением наркотиков и алкоголя. Действительно, несмотря на существующий запрет на продажу алкоголя детям до 18 лет, многие продавцы в целях увеличения прибыли продолжают снабжать подростков алкоголем и не несут за это никакой ответственности.

Также, как и в случае неблагоприятного окружения и социальной необустроенности, необходимо сотрудничество центров и администраций учебных заведений с правоохранительными органами, а также с органами государственного муниципального управления.

Реклама

К сожалению, легальные и нелегальные наркотики рекламируются чрезвычайно широко. Речь идет как о явной, так и о скрытой рекламе.

Алкогольные и табачные изделия рекламируются открыто. Сопровождающая их информация, например, «Полная свобода...», «Всегда первый...», «Свежий взгляд на вещи...» и т. п. прочно связывает в сознании подростка табак и алкоголь с ценностями жизни: свобода, достижения, престиж, дружба. Наличие

этих связей, обнаруживающихся только с помощью психодиагностики, как правило, не осознается, что делает их еще более опасными. Увы, эксплуатируется вечное стремление человека к свободе. Однако свободным делает только внутренняя свобода, а отнюдь не наркотик!

Реклама принадлежит к числу макрофакторов, предупредить влияние которых порой невозможно. Противостоять рекламе может только эмоционально зрелый и самодостаточный подросток, не испытывающий эмоционального дефицита в отношениях со сверстниками и окружающими взрослыми людьми.

Внешние микропричины.

Частые перемены места жительства

Частые перемены места жительства оказывают отрицательное влияние на подростка, поскольку сталкивают его с необходимостью построения отношений с новыми друзьями, соседями, одноклассниками, что нередко обуславливает появление трудностей и проблем. Чем чаще семья переезжает, тем выше опасность возникновения проблем, связанных с употреблением наркотиков. Однако если семья умеет органично вливаться в жизнь общества на новом месте, а соседи ей рады, данный риск понижается.

Задача центров социально – психологической помощи состоит в данном случае в помощи семьям, и особенно, подросткам, в адаптации на новом месте: предоставление необходимой информации о школах, медицинских учреждениях в данном районе, городе, а также тесное сотрудничество с классными руководителями, в чей класс поступили новые дети.

Семейная предрасположенность

Дети, рожденные или воспитанные в семьях с алкогольными традициями, подвержены большему риску пристраститься к алкоголю и другим наркотикам. В этом свою роль играют как генетические факторы, так и влияние непосредственного окружения. Например, мальчики, родившиеся в семье алкоголика, даже воспитываясь в семье, усыновившей их, подвергаются в четыре раза большему риску стать алкоголиками, чем мальчики, родившиеся в «неалкогольных» семьях. В семьях, где родители для того, чтобы расслабиться, употребляют запрещенные наркотики или мно-

го пьют (не обязательно становясь алкоголиками) имеется большая вероятность, что дети начнут употреблять алкогольные напитки в подростковом возрасте. Если родители к тому же приобщают своих детей к употреблению наркотиков, включая, конечно, и алкоголь, риск возрастает. Чем больше членов семьи употребляют алкоголь и наркотики, тем выше риск.

Очевидно, что в таких семьях вероятно раннее приобщение к спиртному. Оно влечет высокую вероятность того, что дети начнут испытывать алкогольную или другую зависимость или у них возникнут проблемы со злоупотреблением алкогольными напитками в юношеском или зрелом возрасте. Молодые люди, начинающие пить в возрасте до 15 лет, подвергают себя в два раза большему риску, чем те, кто не спешит пробовать спиртное, пока им не будет за девятнадцать.

Задачей центров социально – психологической помощи является своевременное распознавание таких семей и необходимая социальная, психологическая работа с ними, а в некоторых случаях – частичная или полная изоляция детей от родителей, способствующих употреблению детьми наркотических и алкогольных веществ.

Неумелость и непоследовательность в воспитании

В семьях, в которых родители не устанавливают четких норм поведения, в которых дети остаются предоставленными самим себе и где дисциплинарная практика чрезмерно сурова и непоследовательна, подростки подвергаются большему риску совершения правонарушений и частого употребления алкоголя и наркотиков. Здоровые, эмоционально насыщенные, отношения в семье чаще всего являются фактором, предотвращающим тягу ребенка к алкоголю и наркотикам.

В данном случае задача центров социально – психологической помощи состоит в педагогической и психологической коррекции отношений в семье и обучении родителей и детей способам эффективного межличностного взаимодействия.

Протест и риск в подростковом возрасте

Подростковый возраст известен как период обострения протеста против существующих в обществе взрослых людей мораль-

ных норм, принципов и стереотипов поведения. Поскольку в обществе взрослых существует однозначно негативное отношение к наркотикам и наркоманам, подростки одной из форм протеста могут выбирать именно употребление наркотиков.

Кроме того, переоценка ценностей в подростковом возрасте связана с увеличением потребностей в переживании риска как формы эмоционального насыщения. Зачастую риск реализуется в употреблении наркотиков и правонарушениях.

Задачей психологов и педагогов является помощь подросткам в удовлетворении потребностей в риске другими способами (например, риск самораскрытия проявляется в личностно ориентированных и социально – психологических тренингах, физический риск – в занятиях спортом), а также в общем эмоциональном развитии ребенка.

Общение с пьющими и употребляющими наркотики сверстниками

Общение со сверстниками, употребляющими наркотики, является одним из наиболее надежных индикаторов, указывающих на возможность употребления наркотиков подростками, независимо от того, имеют место или нет другие факторы риска. Если друзья выпивают, это является сильным аргументом в пользу того, что подросток, возможно, будет злоупотреблять алкоголем.

Очевидно, что запретить подростку общаться с такими друзьями – задача не из легких, однако родители должны приложить все усилия, чтобы создать для ребенка необходимые факторы защиты от возможной наркотизации. В том числе, родители могут обращаться к психологам и педагогам центров социально – психологической помощи.

Неуспеваемость, отсутствие желания продолжать обучение в школе

Начиная с четвертого, пятого и шестого классов неудачи в учебе усиливают риск злоупотребления алкоголем, наркотиками и вероятность правонарушений. У учащихся младших классов начальной школы способность к социальной адаптации является более важным фактором, позволяющим прогнозировать вероятность пристрастия к алкоголю и наркотикам, а также склонность к правонарушениям, чем школьная успеваемость.

С распространенностью случаев употребления наркотиков связаны показатели, свидетельствующие о том, насколько сильно учащиеся привязаны к школе, время, затрачиваемое на выполнение домашних заданий и значение, которое имеет для них обучение в школе. Подростки, которым школа ненавистна и которые не стремятся продолжать обучение в ней и затем поступать в вузы, имеют больше шансов пристраститься к алкоголю и наркотикам в подростковом возрасте.

Задачей специалистов социально – психологических центров является сотрудничество со школами, в частности, классными руководителями таких подростков, а также помощь подросткам в профессиональном самоопределении и профориентации, определение их в различные образовательные учреждения, повышении мотивации на учебу и дальнейшее образование.

Положительное отношение окружения к алкоголю и наркотикам

Когда дети считают, что от курения марихуаны нет вреда, когда алкоголь ассоциируется у них с «хорошо проведенным временем», существует очень большая вероятность того, что они будут выпивать и употреблять наркотики. По большей части то, как подростки объясняют свое поведение (употребление наркотиков, алкоголя), связано с существующими предубеждениями: «В любой момент я могу бросить», «От бутылки пива не становятся алкоголиками» и т.д.

Мифы о наркотиках и наркоманах, усвоенные подростками, разрушить очень сложно, а порой просто невозможно. В этом случае эффективной может стать лишь работа психолога, групповая работа, направленная на обсуждение с подростками этих мифов и выработку у них сознательного, критичного отношения к наркотикам и наркоманам.

Внутренние факторы.

К *индивидуально-биологическим* относятся наследственность в отношении психических заболеваний и алкоголизма, тяжелые соматические заболевания и нейроинфекции в раннем детстве. Большое значение для формирования девиантного поведе-

ния оказывают органические поражения головного мозга. Перечисленные нарушения являются скорее предпосылками, т.е. обуславливают индивидуально-психологические и личностно психологические причины. В частности, органические поражения головного мозга влияют на психоэмоциональное состояние, снижают способность индивида переносить физические и психологические нагрузки, противостоять стрессу и негативным влияниям окружающей среды. Это отражается на адаптационных возможностях человека, вследствие чего формируется девиация.

Индивидуально-психологические причины – это особенности когнитивной, эмоционально-волевой сферы, обуславливающие возникновение и развитие девиаций. Примером здесь может быть низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, тревожность, импульсивность, возбудимость, несформированность мотивационной сферы и т.д. В ряде работ отечественных и зарубежных авторов существенное значение отводится мотивационно-потребностной сфере личности.

Зарубежные исследователи в качестве мотивов употребления подростками и молодежью психоактивных веществ приводят: «влияние приятеля», «потребность в изменении своего состояния», «желание уйти с помощью наркотиков от решения жизненных проблем, снять эмоциональный дискомфорт» [25]. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодежи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар. Среди мотивов, противодействующих употреблению наркотиков, отмечают «отсутствие к ним интереса», «влияние друзей и родителей», кроме того, для девушек большое значение имеет выраженность религиозных чувств, а для юношей – успехи в школе.

В работах отечественных ученых [16], посвященных изучению мотивов употребления наркотиков, упоминается о внутригрупповой конформности – желании «не отстать» от сверстников, о поиске необычных ощущений и переживаний, о «скуке». Мнение авторов о роли указанных мотивов расходятся. Личко А.Е. и Битенский В.С. использовали классификацию мотивов, которую

Завьялов В.Ю. разработал для алкоголиков, выделяя вслед за ним следующие группы мотивов.

1. Социально-психологические мотивы:

- мотивы, обусловленные традициями и культурой;
- субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;
- псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к «наркотическим ценностям» подростковой группы.

Битенский В.С. считает, что эти мотивы характерны для начального этапа наркотизации. Подростки часто объясняли употребление наркотиков тем, что они подчинялись давлению сверстников.

2. Потребность в изменении собственного состояния:

- гедонистические мотивы (т.е. желание наслаждаться самим процессом употребления и тем состоянием, которое дает наркотик);
- аттрактивные мотивы (привлекательность наркотика и связанных с ним переживаний);
- мотивы гиперактивации поведения (повышение активности, улучшение настроения и т.д.).

3. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику, т.е. мотивация улучшения самочувствия вследствие абстиненции.

Личностно-психологические причины – это особенности личности, яркая выраженность которых может усиливать действие других факторов.

Ряд авторов [4, 7, 14, 15, 16] отмечает, что степень риска возникновения наркомании зависит от акцентуаций характера подростков и юношей. Генайло С.П. установил, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному удовлетворению своих претензий в сочетании со способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. Это обстоятельство приводит к снижению социальной адаптации и способ-

ствуется формированию асоциальных форм поведения, в том числе употреблению психоактивных веществ. Степень выраженности личностных изменений, их особенности обуславливаются нарушениями (гипо- и гиперопека) родительского отношения и воспитания. По данным Битенского В.С., тип акцентуации характера влияет на возникновение девиации и более того, определяет предпочтительный выбор психоактивного вещества [4]. Так, например, эпилептоидный тип проявляет особый интерес к галлюциногенам и ингалянтам; подростки с истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами; при шизоидном типе проявляется тенденция к употреблению опийных препаратов и гашиша, т.е. желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Отмечается склонность к аддиктивному поведению подростков с неустойчивым, конформным, гипертимным, циклоидным типами акцентуации характера. Большинство авторов [4, 15, 16] приходит к выводу, что высокий риск нарко- и токсикомании можно отметить у подростков с эпилептоидным, неустойчивым, гипертимным типами характера. В большинстве случаев выявление подростков, юношей, злоупотребляющих психоактивными веществами, происходит поздно, когда их поведение уже характеризуется патохарактерологическими реакциями. Нельзя считать надежными результаты, полученные преимущественно с помощью «прямого» метода исследования (клиническая беседа, интервьюирование, анкетирование) наркомана и опроса его родителей, преподавателей. Возможно, что те аспекты личности, которые интерпретируются как причина употребления психоактивных веществ, являются его следствием. Вывод, сделанный нами, согласуется с результатами исследований Пятницкой И.Н., которая считает, что искать в личности подростка некую специфическую предрасположенность к наркоманиям — ошибочно [25].

Многие зарубежные ученые утверждают, что значительная часть лиц, употребляющих психоактивные вещества и находящаяся в лечебных заведениях, имеет личностные проблемы [15, 16, 29]. Обнаружены нарушения психической активности, эмоционального функционирования, снижение самооценки, способностей к совладанию со стрессом и саморегуляции, низкие пока-

затели интеллекта и распространенность личностных расстройств.

Ряд авторов отмечает низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов [24]. Низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью выявлены в работе Budzinski W. Schroeder Debra S., Laflin Molly T. сделали вывод о том, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков нельзя сделать однозначный вывод о том, что самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании [29].

Заслуживают внимание работы, которые посвящены изучению корреляции между различной патологией развития детской психики и последующим асоциальным поведением и злоупотреблениями психоактивными веществами. Анализ таких работ представлен в обзоре Меньшиковой Е.С.. Большое внимание исследователей привлекает синдром расстройства внимания у детей (ADND), который определяется как сложности в доведении дел до конца, как дома, так и в школе, трудности в общении, как с близкими взрослыми, так и с детьми. Критерии ADND часто меняются, что затрудняет диагностику, кроме того, около половины детей с ADND имеют дополнительные нарушения поведения, связанные с физической агрессивностью. Именно эти дети впоследствии чаще злоупотребляли наркотиками по данным лонгитюдных исследований ряда авторов. Pihl R., Peterson J. считают, что слабая социализация и когнитивный дефицит у детей ведут к развитию ADND. Тенденция нарушать правила в подростковом возрасте нередко приводит таких детей к употреблению алкоголя и наркотиков. Наряду с увеличением вероятности фармакологического подкрепления это приводит к возрастанию риска злоупотребления алкоголем и наркотиками. В ходе обследования студентов колледжа, у которых в детстве был диагностирован синдром дефицита внимания, отмечено наибольшее количество навязчивых мыслей, которые возникают при выполнении заданий на внимание и не связаны с ним [29]. Обнаружены корреляции между употреблением наркотиков, навязчивыми мыслями и стремлением к поиску новых ощущений.

Обобщив результаты многолетних исследований, мы также пытались определить факторы подростковой наркотизации как совокупность внутренних и внешних условий, влияющих на формирование у подростка предрасположенности к употреблению психоактивных веществ: низкая стрессоустойчивость, любопытство, последствия травм и заболеваний, педагогическая запущенность и отсутствие навыков конструктивного решения проблем и конфликтов.

Исследования различных авторов показали [24], что существуют общие черты, свойственные людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем: слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на препятствия, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Нетрудно заметить, что эти черты свойственны не только алкоголикам и наркоманам, но и плохо социально адаптированным людям. Кроме того, такие личностные характеристики часто проявляются в подростковом возрасте, особенно, если этот период развития протекает с осложнениями.

Многие исследователи считают, что влечение подростка к употреблению наркотиков является признаком глубокого личностного неблагополучия и логическим завершением предшествующего развития [17].

Можно и дальше продолжать перечисление причин наркотизации, обнаруженных различными специалистами, однако, становится все более очевидным, что количество причин употребления психоактивных веществ оказывается таким же нескончаемым, как и количество проблем, с которыми может встречаться человек в течение своей жизни.

Никому на самом деле не известно, у скольких подростков, пробуящих из любопытства алкоголь или наркотики, возникает наркотическая зависимость. На ранней стадии очень трудно установить связь, после которой чувство настоящей тревоги и раздражительности («генерализованная неудовлетворенность») появляются у подростка в результате отказа от алкоголя или нарко-

тиков, а когда в основе этих чувств лежат другие причины. Если помнить, что наркотические вещества в тех или иных количествах содержатся во многих лекарствах, в том числе предназначенных для детей, то определение первопричины становится практически невозможным.

Скорое всего, «причинноцентрированность» многих авторов связна со сложившейся своего рода «линейностью» в осмыслении столь противоречивого явления, которое представляет собой «человек, употребляющий психоактивные вещества». Конечно, указание причины всегда облегчает понимание следствия. Но это бесполезно, когда количество причин на самом деле оказывается бесконечным.

Человек – не моносистема. В его действиях невозможно найти одну единственную причину, один мотив, один специфический смысл. Одномотивность в действительности не столько научная абстракция, сколько характеристика конкретной патологии (Асмолов А.Г.).

Окончательный вывод становится все более очевидным: конкретных причин первичной наркотизации нет и быть не может, кроме доступности наркотических веществ и решения индивида проверить на себе их действие. НО! Существует огромное количество ситуаций, которые все время вынуждают личность принимать самостоятельные ответственные решения. При таких условиях только развитие субъектности (самопричинной активности и ответственности в ситуации неопределенности и риска) является надежным фактором личной наркоустойчивости подростка.

Учебные вопросы и задания:

1. Раскройте специфику внешних и внутренних предпосылок наркотизации. Как взаимосвязаны макро- и микропричины наркотизма?

2. Укажите основные мотивы наркотизации в подростковом и юношеском возрасте.

3. В чем заключается суть и ограниченность «причинноцентрированного» подхода в исследовании молодежного наркотизма?

4. Раскройте психологическую сущность понятия субъектность.

Темы рефератов:

1. Факторы формирования наркомании у подростков.
2. Мотивы употребления психоактивных веществ в подростковом и юношеском возрасте.
3. Факторы устойчивости к вовлечению в наркотизм в подростковом возрасте.

Литература:

1. Березин С.В., Лисецкий К.С. Психология ранней наркомании. Самара: «Самарский университет», 2000.
2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е. Предпосылки подростковой наркозависимости. Самара: «Самарский университет», 2001.
3. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.Н. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. – М.:МПА, 2001.
4. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А: Наркомании у подростков. Киев: Здоровье, 1989.
5. Блинова Л.Ф. Зависимость как иллюзия независимости или причины обращения ребенка к наркотикам. Пособие для практического психолога. Казань: ЗАО «Новое знание», 2002.
6. Богданов Е.Н. Зазыкин В.Г. Психология личности в конфликте. «Питер», СПб, 2004.
7. Генайло С.П. Особенности преобладания больных наркоманиями // Журнал невропатологии и психиатрии. 1990. № 2.
8. Гинзбург М.Р. Сформированность личностной идентичности как показатель успешности социализации в старшем подростковом возрасте. / Мир психологии, №1, 1998.
9. Гульдман В. В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993, №2.
10. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
11. Зинченко О.П. Особенности психического развития младших подростков в семьях наркотизирующихся подростков. Автореф. канд. диссер. – Калуга, 2004.

12. Как избавиться от наркотической зависимости: скажи наркотику «прощай» / Авторы-составители: Прусс М.С., Кельин Л.Л., Мучник Ю.Л., Володин В.М. СПб: «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис», 2002.

13. Кле М. Психология подростка: психосексуальное развитие. М.: Педагогика, 1991.

14. Курек Н.С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболеваний наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений. // Вопросы наркологии. 1993, №1.

15. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология не-зависимости. Самара, 2004.

16. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания. Л.: Медицина, 1991.

17. Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению // Психол. журнал. 1996. Том 17. №3.

18. Менделевич В.Ф. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). М.: «МЕДпресс-информ», 2003.

19. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 1996.

20. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. Российский открытый университет. – М.: ТОО «Горбунок», 1992.

21. Петровский В.А. Феномены субъектности в развитии личности. Самара, 1997.

22. Подросток на перекрестке эпох / Под ред. Кривцовой С.В. – М.: Генезис, 1997.

23. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. Березина С.В., Лисецкого К.С. Самара: «Самарский университет», 1998.

24. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.

25. Пятницкая И.Н. Наркомании. Л.: Медицина, 1994.

26.Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М.: «Медицина», 2002.

27.Региональная программа пропаганды ЗОЖ. «Алкоголь и другие наркотические вещества». Рук. С. Шапиро. Н.Новгород, 1994.

28.Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994.

29.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

30.Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. М.: Интерпракс, 1994.

31.Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996.

32.Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ

§1. Понятие профилактики.

Профилактику любого заболевания принято разделять на *первичную, вторичную и третичную*. Первичная профилактика направлена на предупреждение болезней, вторичная подразумевает способы сдерживания темпа развития болезней и предупреждение осложнений, а третичная представляет собой комплекс реабилитационных воздействий на больных.

В подростковой наркологии **первичная** профилактика – это предотвращение аддиктивного (зависимого от психоактивных веществ) поведения подростков. **Вторичная** – предотвращение рецидивов после лечения ранних форм алкоголизма и наркомании. **Третичная** – реабилитация в тяжелых случаях неоднократных рецидивов и безуспешного лечения [12].

Меры *первичной*, превентивной профилактики направлены на поддержание и развитие условий, способствующих сохранению физического, личностного и социального здоровья, на предупреждение неблагоприятного воздействия факторов социальной и природной среды. Если правоохранительным органам не удастся полностью сбалансировать незаконный оборот наркотических средств, если наркотики, по различным причинам, остаются относительно доступными в подростковой и молодежной среде, то первичная профилактика приобретает решающее значение в спасении каждого отдельного подростка и всего подрастающего поколения от смертельной опасности.

Эффективность первичной профилактики определяется двумя критериями: во-первых, массовостью; во-вторых, личностной направленностью. Первичная профилактика должна служить повышению наркоустойчивости подростков и молодежи. Наркоустойчивость каждого отдельного человека напрямую зависит от уровня развития его личности, от его способности субъектно (ответственно) принимать решения в условиях неопределенности и риска.

Многообразие подходов к профилактике наркомании, сложившиеся к настоящему времени в нашей стране и за рубежом, подразделяются следующим образом.

Информационный подход основан на распространении информации о наркотиках. Сторонники этого подхода убеждены, что знания об употреблении психоактивных веществ и их последствиях будет являться эффективным толчком для формирования здорового поведения и отказа от наркотиков.

Подход, основанный на влиянии социальных факторов. Употребление наркотиков объясняется важнейшей ролью социальной среды в развитии человека, которая является источником обратной связи для личности, рассматривается как система поощрений и наказаний. В социуме, прежде всего, следует искать предпосылки употребления наркотических веществ личностью. Как более частные варианты этого подхода можно рассматривать педагогический и правоохранный подход.

Педагогический подход объясняет риск формирования девиантного поведения вредными привычками, педагогической запущенностью, воспитанием в социально неблагополучных семьях.

Правоохранный подход в качестве основных признаков риска рассматривает определенные формы поведения (азартные игры, самовольные уходы из семьи, уклонение от учебы, участие в асоциальных детских и подростковых группах). Профилактика наркомании в рамках этого подхода направлена, прежде всего, на микросоциум – семью, подростковые компании, школьные коллективы.

В рамках подхода **формирования жизненных навыков** наркотическая зависимость рассматривается как научение определённой форме поведения, которая транслируется конкретной субкультурой. Предметом профилактики является повышение у подростков устойчивости к различным социальным влияниям, в том числе и к предложениям попробовать наркотики.

Подход, основанный на аффективном обучении, развитии эмоциональной сферы человека. Считается, что употреблять наркотики, прежде всего, начинают люди с недостаточно развитой эмоциональной сферой, имеющие в структуре своего воспитания так называемый «запрет на эмоции».

Личностно-ориентированный подход, согласно которому ребенок не будет курить или употреблять другие психоактивные вещества по внутриличностным мотивам.

Духовно – ориентированный подход понимает наркоманию как выражение кризиса духовности в обществе. Цель профилактики наркомании – сформировать у подростка нравственное поведение, систему ценностей, из которой наркотик был бы исключен.

Представители *досугового (альтернативного) подхода* считают, что профилактика наркомании заключается в развитии альтернативной употреблению наркотиков деятельности. Для этого необходимо развивать такие социальные программы, в которых подростки могли бы реализовывать собственные потребности в острых ощущениях, стремление к риску, повышенную поведенческую активность.

Формирование здорового образа жизни. Основная идея этого подхода – формирование здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, влияющий не только на собственное благополучие, но и способствующий позитивным изменениям среды, социальной и культурной ситуации.

Суть *этно-культурного подхода* состоит в том, что наркомания рассматривается в контексте «кризиса культуры» и «кризиса сознания» на современном этапе культурно-исторического развития. Кризис понимается не как «тотальный упадок умирающей цивилизации», а как сложившееся рассогласование внешней и внутренней среды человека.

Каждый из подходов имеет свои возможности и ограничения. Ведущими профилактических программ, как показывает практика, являются либо педагоги, либо социологи, либо врачи, либо обученные волонтеры. Поэтому психологические формы и методы работы они используют только в качестве вспомогательных элементов.

На наш взгляд, *профилактика наркомании должна быть направлена на содействие в решении противоречий, конфликтов взросления у подростков в период интенсивного развития их личности.*

Профилактика наркомании становится результативной, если содействует подростку в решении задач его взросления. Преобразование внутриличностных противоречий подростка в развивающие его личность побуждения способствуют становлению его

субъектности* и взрослению (не только биологическому). Внутриличные противоречия периода взросления представляют собой становление взаимоисключающих мотивов, целей, ценностей, желаний подростка, напряженно переживаемых в ярко выраженной чувственно-телесной (организмической) форме. Внешние и внутренние противоречия в условиях неопределенности и отсутствия в индивидуальном опыте подростка образцов «правильного» решения, переживаются им не иначе как ограничение его личных возможностей, утрата доверия к самому себе, «разрыв» взаимосвязи между «Я-реальным» и «Я-идеальным» в его «Я-концепции». Взросление объективно «задает» подростку задачи, решение которых требует от него проявления либо субъектности (ответственности) либо зависимости. Взросление открывает в подростке способность самостоятельно принимать ответственные решения или подменять их психологическими защитами. Задачи взросления не могут иметь абстрактного отвлеченного решения на когнитивном уровне. Они всегда имеют конкретную, непосредственную, чувственно-телесную заданность. Задачи взросления пробуждают у подростка поиск способов непротиворечивого, неразрушительного (конгруэнтного) взаимодействия между его мыслями, чувствами и телесными ощущениями в структуре собственной личности.

Задачи взросления вынуждают подростка соединять в единое, непротиворечивое целое свое имя, лицо, тело, отношения с родителями, с окружающими людьми, со своим будущим, осознать в масштабе бесконечности время и пространства конечность своего «Я», согласовать «Я-реальное» и «Я-идеальное» в структуре собственной «Я-концепции». Решение задач взросления требует от подростка нахождения внутреннего источника избыточных возможностей, помогающего ему принимать решения в условиях неопределенности и риска.

Решение конкретной задачи взросления может быть найдено подростком в результате проявления субъектности в условиях за-

* Следует различать понятие «субъектности» и «субъективности». Субъективность характеризуется пристрастностью, необъективностью. Субъектность – это личностная ответственность, самопричинность.

данной неопределенности. Такое решение не может быть показано или подсказано кем-либо извне. Только сам подросток может выбирать свое решение. Вариантов для подобного выбора у него три. Первый вариант – проявить субъектность, способствуя развитию своей личности. Второй – проявить адаптивность и приспособиться к сложившейся ситуации. Третий – проявить инфантильность, избежать ответственности, но оказаться в зависимости. Выбор не велик, однако последствия каждого из вариантов принципиально различны.

Решенность или нерешенность каждой конкретной задачи легко диагностируется в процессе групповой или индивидуальной психологической беседы. Проявление избирательной «тематической» тревожности, телесной неконгруэнтности, возрастание физического или психического напряжения во время обсуждения некоторых личностных особенностей участников, неожиданные вегетативные реакции организма, мимические или интонационные изменения могут быть признаками незавершенного взросления конкретной личности. Показателем решения отдельных задач взросления является заметное снижение в теле подростка «фоновое» психического напряжения, повышение его доверия к самому себе, возникновение согласованности между «Я-реальным» и «Я-идеальным» в его «Я-концепции».

Проведенные нами исследования показали, что нерешенные в подростковом возрасте задачи взросления трансформируются в различные «комплексы личностной неполноценности», во всевозможные виды зависимостей, «выученной беспомощности» в бесконечную череду личностной несостоятельности, психосоматических заболеваний и т.п.

Не вызывает сомнений положение о том, что предрасположенность подростка к наркомании возникает после пробного употребления наркотического вещества. Переживание избыточных возможностей, открытие способности к преодолению внутренних и внешних препятствий на пути к удовлетворению наиболее значимых потребностей, «растворение» физических и психических напряжений по всему телу становятся сильным искушением для адаптивной или инфантильной личности.

Обнаружено, что для всех наркоманов периода взросления характерно переживание неудовлетворенности потребностей в признании, в принадлежности к значимой группе, в любви, уважении, являющихся для индивида первостепенно-значимыми в данный момент. При этом конкретное содержание потребностей подростком осознается недостаточно, что является причиной генерализации неудовлетворенности и утраты ею своего специфического содержания. В основе формирования генерализованной неудовлетворенности лежит субъективное переживание объективной ограниченности возможностей индивида в решении своих жизненно важных задач.

В поисках обозначения формы активности, которая позволяет человеку преодолевать ограниченность собственных возможностей мы, вслед за Петровским В.А., остановились на термине «устремление». Устремления, по его мнению, отличаются от обычных мотивов тем, что их «предметом» является само действие. Например, «Я люблю рисовать» – пример устремления. Желание и способность действия здесь непосредственно переходят друг в друга. Устремления, однажды возникнув, не угасают при определенной организации среды, а затем и самоорганизации личности. Поэтому мы говорим, что они не насыщаемы. В устремлении «хочу» (влечение) и «могу» (навыки, знание, опыт) выступают совместно, «поддерживая друг друга и переходя друг в друга» [13]. Устремленный человек знает, чего он хочет, располагает определенной схемой действия и, кроме того, действует, а не просто грезит. Быть устремленным, значит располагать возможностями, которые прорываются вовне. В устремлении проявляется именно избыток возможностей, а не их дефицит. Здесь главное – само действие. Устремление самоценно и включает в себе возможность самовоспроизводства».

Устремление – это форма переживания избыточных возможностей в условиях с неопределенным исходом. Развитие устремлений в личности подростка может выступать побудительной силой проявления субъектности в процессе решения актуальных задач взросления. А решение задач взросления может стать условием развития устремлений в личности подростка.

В работах Березина С.В., Лисецкого К.С., Назарова Е.А. показано, что психическая зависимость, по сути, есть особый вид устремления, т.е. тип побуждения, самовоспроизводящийся в условиях наркоманской субкультуры и созависимых отношений в семье особый тип побуждения. Авторами было теоретически обосновано и клинически подтверждено, что *вторичная профилактика* есть создание условий для возникновения устремлений, порождающих формы активности, исключающие употребление наркотиков [11].

Первичная профилактика наркомании – это создание условий для порождения, поддержания и самовоспроизведения устремлений – познавания, переживания, действия. Устремления создают условия для порождения индивидом себя как личности, исключающей наркотики из средств построения своих отношений с собой и с миром. В этом и состоит главная цель первичной профилактики. Планируя первичную профилактику, важно решить вопрос о том, что необходимо для того, чтобы устремления «однажды возникнув», в дальнейшем «самовоспроизводились» и «самоподдерживались». Развитие устремлений – это способ преобразования внутриличностных противоречий в процессе саморазвития личности. Для этого подросткам необходимо содействие в разрешении наиболее общих противоречий содержательно взаимосвязанных со структурой их «Я-концепции». Процесс взросления подростка фиксируется в последовательном решении задач взросления. Однако зрелость, зрелость личности определяется не фактом решения той или иной задачи взросления, а вариантами, выбранным способом решения: субъектным, адаптивным или инфантильным. Устремление есть индивидуальная форма свободного воспроизводства человеком своей субъектности.

Взросление подростков «переполнено» переживаниями внутриличностных противоречий, взаимоисключающих побуждений. Внутренняя противоречивость и мотивационная «расщепленность» на чувственно-телесном (организмическом) уровне проявляются как личностная беспомощность. Если подобное состояние души и тела подростка становятся хроническим, то употребление наркотических веществ может оказаться для него одной из наи-

более вероятных альтернатив «плохому самочувствию». Плохое самочувствие – результат не завершаемых столкновений в субъективном пространстве подростка взаимоуничтожающих друг друга потребностей и мотивов.

К сожалению, ни в семье, ни в школе не учат подростка тому, как преодолевать и разрешать внутриличностные рассогласования и противоречия. Здоровый образ жизни как панацея от всех проблем в подростковом возрасте актуально не привлекает. Физкультура и спорт, художественная самодеятельность, интересные экскурсии, книги, участие в олимпиадах, все, что принято называть занятостью подростка, само по себе не обеспечивает ему психологическую устойчивость к возникновению наркозависимости. Как показывает практика, не обеспечивают психологическую защиту и пищевые добавки, витамины, диеты. Обучение подростков копинг-стратегиям (стратегиям преодолевающего поведения) в отношении жизненно важных проблем ориентируется на когнитивные, рациональные «подавления» одних (негативных) побуждений другими (позитивными с точки зрения воспитателя). Однако результат такого обучения остается для личности подростка внешним, не находит чувственно-телесного резонанса, а значит отчуждается.

Содействуя подросткам в решении их задач взросления, можно сформировать у них чувственно-телесную и личностно-психологическую устойчивость к негативным зависимостям. *Решение задач взросления – это согласование субъективных (не объективных) противоречий, чувственно-телесно представленных в личности.* Конструктивное разрешение этих противоречий переживается как открытие в себе новых, избыточных возможностей при внешней и внутренней фиксации психического состояния субъекта «Я – МОГУ!» превосходящего дефицитарное состояние «Я ХОЧУ!». Методы профилактики, лишённые субъектной активности самого подростка, всегда будут давать сбой по субъективным причинам в ситуациях неопределённости, непредвзятости, неоднозначного выбора.

Учебные вопросы и задания:

1. Раскройте содержание понятий «первичная профилактика наркомании», «вторичная профилактика наркомании» и «третичная профилактика наркомании».
2. Охарактеризуйте существующие в настоящее время подходы к профилактике наркомании.
3. Что такое задачи взросления? Как проявляется в жизни человека нерешенность задач взросления?
4. Раскройте суть механизма решения подростком задач взросления.
5. Что такое устремления? Какие особенности устремлений позволяют говорить о возможности проектирования профилактических программ, в которых устремления являются фактором устойчивости личности к ее вовлечению в наркотизацию?

Темы рефератов:

1. Психолого-педагогические аспекты профилактики наркомании среди учащейся молодежи.
2. Возможности средств массовой информации в профилактике потребления наркотических веществ.
3. Взаимосвязь развития устремлений и решение задач взросления.
4. Психолого-педагогические условия развития устремлений.

Литература:

1. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев : Здоровье, 1989.
2. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб. : Дидактика Плюс, М. : Институт общегуманитарных исследований, 2002.
3. Курек Н.С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболеваний наркоманией у подростков и коррекция их эмоциональных нарушений // Вопросы наркологии. – 1993. – №1.
4. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология не-зависимости. – Самара. – 2004.

5. Литягина Е.В. Нерешенные задачи взросления как психологические условия формирования аддиктивного поведения старшеклассников. Автореф. канд. диссер. – Калуга. – 2004.
6. Макеева А.Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе. М.: «Сентябрь», 1999.
7. Малюченко Г.Н. Профилактика наркомании в образовательной среде: проблемно-ориентированный подход. Балашов, Изд-во БГПИ, 2001.
8. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспекты). М.: «МЕДпресс-информ», 2003.
9. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
10. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. д.с.н., проф. А.Н. Гаранского. М.: Изд-во Владос-Пресс, 2003.
11. Психологические основы профилактики наркомании в семье / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001.
12. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.
13. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. Российский открытый университет. М.: ТОО «Горбунок», 1992.
14. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М.: «Медицина», 2002.
15. Пятницкая И.Н. Наркомании. Л.: Медицина, 1994.
16. Родионов А.В., Родионов В.А. Подросток и наркотики. Выявление факторов зависимости от психоактивных веществ в работе с несовершеннолетними. Ярославль: «Академия развития», 2004.
17. Самыкина Н.Ю. Формирование личностной готовности психологов к первичной профилактике наркомании в среде старшеклассников. Дис. канд. психол. наук., Калуга, 2002.

18. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

19. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.

20. Хажиллина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. М.: «Институт психотерапии», 2002.

§ 2. Краткий аналитический обзор наиболее известных в России программ профилактики наркомании

В настоящее время стратегию организации профилактики аддиктивного поведения и разработку локальных программ на государственном уровне определяют две концепции *«Профилактика наркомании и других видов зависимости от психоактивных веществ среди молодежи»* на 2000-2004 гг. (разработана Экспертно-консультационным советом при Государственном комитете Российской Федерации по молодежной политике) и *«Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде»* (концепция комплексной активной профилактики и реабилитации (КАПР), разработанная по заказу Минобразования России).

Эти документы отражают системный, этапный, межведомственный подход к организации профилактики, которая направлена на развитие личности, укрепления душевного и физического здоровья, формирование здорового образа жизни. Базовой основой всех профилактических мероприятий признается информационно-когнитивное (образовательное) направление.

Разработчики концепции КАПР выделяют следующие основные принципы профилактической деятельности:

1) комплексность (согласованное взаимодействие заинтересованных органов и учреждений);

2) дифференцированность (определение целей, задач, средств и планируемых результатов профилактики с учетом возраста субъектов профилактики и степени вовлеченности в наркогенную ситуацию);

3) аксиологичность (формирование представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, законопослушности, уважении к человеку, государству, окружающей среде и др., как ориентиров и регуляторов поведения);

4) многоаспектность (сочетание социального, психологического и образовательного аспектов);

5) этапность (соблюдение определенных последовательных этапов в реализации профилактики);

б) легитимность (правовая база антинаркотической деятельности).

Проанализировав современные программы профилактики наркотизма, мы разделили их на три основных типа: информационные программы; программы, направленные на тренировку навыков социальной адаптации (общения, конфликтного взаимодействия, преодоления стрессов и др.); программы актуализации личностных ресурсов.

Основная цель *информационного типа* программ первичной профилактики аддиктивного поведения – информирование подростков, родителей, учителей, общественности о последствиях употребления психоактивных веществ. Рассказывается о наркотических веществах, их действии на организм человека, качестве и характеристиках удовольствия («кайфа»), которое может быть достигнуто. Информационная модель профилактики часто использует фотографии и плакаты, где изображены физические дефекты человека, принимающего наркотики, а также включающие атрибуты «наркоманского» образа жизни (сигареты, иглы, шприцы, кровь, следы от инъекций, кресты, кладбища и др.) [4, 5]. Если профилактику в соответствии с информационной моделью осуществляет человек не компетентный, то информация становится рекламой наркотического вещества и эффектов его действия. В настоящее время информационная модель профилактики в чистом виде используется редко, в основном для родителей и учительских коллективов. Существуют данные, что информация, поступающая из различных источников (художественные и документальные фильмы, телепередачи, книги и брошюры, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников) провоцируют употребление ПАВ.

Типы программ профилактики аддиктивного поведения

Тип программы	Примеры	Основные задачи
Информационные	<ul style="list-style-type: none"> - «Спасибо. Нет!» (А.Л. Нелидов) - «Ваше здоровье – 2000» 	Информирование об особенностях и последствиях различных форм аддиктивного поведения
Программы тренировки навыков социальной адаптации (общения, конфликтного взаимодействия, преодоления стрессов и др.)	<ul style="list-style-type: none"> - «Навыки жизни». (А.В. Соловов) - Программа копинг – профилактики - «Прививка против наркомании» (В.В. Шабалина, Г.А. Терновская) - Программы формирования здорового жизненного стиля (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский) 	<ul style="list-style-type: none"> В основе – копинг-стратегии - Развитие способности к когнитивной оценке проблемной ситуации - Формирование позитивной Я-концепции - Развитие социальной компетентности
Актуализации личностных ресурсов	<ul style="list-style-type: none"> - «На пороге нового века: программы, устремленные в будущее» (С.В.Кривцова, Кнорре Е.Б. и др.) - «Путешествие во времени» (О.В.Журавлева, С.П.Зуева и др.) - Программа первичной профилактики «Субъект саморазвития» (С.В.Березин, К.С.Лисецкий, Н.Ю.Самыкина и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Осознание временных перспектив - Открытие способов удовлетворения потребностей с использованием собственных ресурсов - Осознание собственных возможностей и способностей - Развитие устремлений - Содействие решению задач взросления

В основе программ *тренировки навыков* лежат копинг-стратегии [15]. Программы направлены на усвоение адаптивных способов совладания со стрессом через обучение здоровому поведению, способность и возможность осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации, сформированность позитивной Я-концепции (самооценки, самоуважения, самоэффективности), способность самостоятельно контролировать свой поведенческий

выбор; развитие коммуникативных навыков (умение сопереживать, общаться, понимать окружающих и прогнозировать их поведение, повышение социальной компетентности, оказание социальной поддержки), предупреждение инициации употребления наркотиков, посредством обеспечения готовности подростков сказать осознанное «нет». Программы этого типа можно назвать социально – воздействующими программами. При их разработке исходят из необходимости развивать у учащихся умение идентифицировать неблагоприятное социальное влияние и навыки противостоять этому влиянию. В социальном влиянии можно выделить четыре компонента: 1) информация о негативных социальных эффектах и физиологических следствиях; 2) сведения о поощряющих употреблению психоактивных веществ влияниях сверстников, родителей, средствах массовой информации; 3) коррекция преувеличенных представлений о распространении наркотизма среди подростков; 4) тренировку, ролевые игры, практику в способах преодоления.

Программы **актуализации внутренних ресурсов** ориентированы на поиск ресурсов для выхода из постоянно возникающих проблемных ситуаций и внутриличностных противоречий подростка, возвращение устремлений в его когнитивной, эмоциональной и волевой сфере [14]. Ведущими целями этого типа программ являются помощь в осознании жизненных перспектив и эмоциональной привлекательности будущего без зависимостей, осмысление своего настоящего через призму прошлого и будущего; создание условий, способствующих приобретению подростками нового субъектного опыта и личностного развития в процессе содержательного общения; содействие подросткам в решении актуальных для них задач взросления.

Обобщив данные теоретического анализа концепций и программ, мы выделяем некоторые общие принципы организации работы с подростками и молодежью.

1. Системность (межведомственное взаимодействие).
2. Дифференцированный подход к различным субъектам профилактики (дети, подростки, молодежь, родители, педагоги и др.).
3. Развитие волонтерского движения.

4. Проведение профилактики аддиктивного поведения методами информирования о последствиях злоупотребления ПАВ; формирования навыков и ценности здорового образа жизни и антинаркотических установок; формирования эффективных стратегий преодоления кризисных ситуаций (стрессоустойчивость); развития коммуникативных навыков, способности противостоять давлению группы (умение сказать «нет») и др.

Анализ изученных концепций и программ показывает, что профилактика в основном связывается с термином «формирование». Предполагается изначальное отсутствие в личности подростка каких то качеств, навыков, жизненных ориентаций. При этом совсем не уделяется внимания внутреннему миру личности подростка, его ценностям и потребностям. Во всех программах, как правило, отсутствуют критерии эффективности профилактического воздействия.

В качестве критериев эффективности профилактической работы часто называются цели и задачи программ, что само по себе неправильно и бесперспективно.

Во многих программах указывается на необходимость формирования здорового образа жизни, но мало кто из разработчиков программ указывает на критерии его сформированности.

В настоящее время более или менее четко определены критерии физического здоровья человека, чего нельзя сказать о психическом и социальном здоровье. Считаем принципиально важным рассмотреть понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни» с точки зрения их восприятия подростками и взрослыми людьми.

Учебные вопросы и задания:

1. Дайте характеристику информационного подхода к первичной профилактике наркомании.

2. Дайте характеристику профилактических программ, реализующих идею тренировки жизненных навыков.

3. В чем заключается основная идея программ ориентированных на актуализацию внутренних ресурсов.

4. С позиции задач первичной профилактики наркомании проанализируйте понятия «формирование» и «развитие».

Темы рефератов:

1. Информационный подход к первичной профилактике наркомании.
2. Тренировка жизненных навыков как основа проектирования программ первичной профилактики наркомании.
3. Развитие внутренних ресурсов личности как основа программ первичной профилактики наркомании.

Литература:

1. Гинзбург М.Р. Сформированность личностной идентичности как показатель успешности социализации в старшем подростковом возрасте / Мир психологии. – №1. – 1998.
2. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология не-зависимости. – Самара, 2004.
3. Литягина Е.В. Нерешенные задачи взросления как психологические условия формирования аддиктивного поведения старшеклассников. Автореф. канд. диссер. – Калуга, 2004.
4. Макеева А.Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе. – М.: «Сентябрь», 1999.
5. Малюченко Г.Н. Профилактика наркомании в образовательной среде: проблемно-ориентированный подход. – Балашов: Изд-во БГПИ, 2001.
6. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. – Рига: ПЦ «Эксперимент», 1996.
7. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 1996.
8. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. Российский открытый университет. – М.: ТОО «Горбунок», 1992.
9. Петровский В.А. Феномены субъектности в развитии личности. – Самара, 1997.
10. Пилипец И.С. Подготовка учителей к разрешению межличностных конфликтов в среде старшеклассников. Дис. канд. психол. наук. – Самара, 1998.
11. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.

12. Пятницкая И.Н. Наркомания. – Л.: Медицина, 1994.
13. Родионов А.В., Родионов В.А. Подросток и наркотики. Выявление факторов зависимости от психоактивных веществ в работе с несовершеннолетними. – Ярославль: «Академия развития», 2004.
14. Самыкина Н.Ю. Формирование личностной готовности психологов к первичной профилактике наркомании в среде старшеклассников. – Дисс. канд. психол. наук, Калуга, 2002.
15. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
16. Хажилина И.И. Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. – М.: «Институт психотерапии», 2002.

§ 3. Несостоятельность принципа формирования здорового образа жизни в профилактике наркомании

«Быть нормальным в период отрочества – само по себе ненормально»

Анна Фрейд (1958)

Понятие «здоровье» зависит от модели, в которой его определяют. В *медицинской* модели здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов, при этом упор делается на медицинские признаки и характеристики. *Биомедицинская* модель рассматривает здоровье как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Основной акцент делается на природно-биологической сущности человека. Согласно *биосоциальной* модели здоровье включает в себя биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но при ведущей роли последних. *Ценностно-социальная* модель предполагает, что здоровье является для человека ценной, необходимой предпосылкой для полноценной жизни.

В настоящее время исследователи все чаще приходят к выводу о том, что главная причина нездоровья заключается в отсутствии у подростка сформированной внутренней позиции, определяющей целенаправленную деятельность по укреплению собственного здоровья. Выбор подростком образа жизни, связанного с ценностными представлениями о себе, с возможностями позитивного социального влияния и гибкого (имеющего ресурсы выбора) поведения, обеспечивает продуктивно-успешные результаты деятельности в контексте здоровья, как ценностной категории.

Здоровый образ жизни традиционно определяется как совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничному развитию личности, методов труда и отдыха. ЗОЖ выражает ориентированность личности на укрепление и развитие личного и общест-

венного здоровья, реализует наиболее ценный вид профилактики заболеваний – первичную профилактику, предотвращающую их возникновение, способствует удовлетворению жизненно важной потребности в активных телесно-двигательных действиях.

Моложавенко А.В. выделяет следующие основные функции ЗОЖ: 1) поло-возрастную идентификацию (соответствие физического созревания возрасту и полу подростка); 2) самопонимание (выраженный интерес подростка на познание своего внутреннего мира, обеспечивающий формирование и становление зрелых морально-ценностных установок); 3) коммуникативную (направленность и ориентация подростка на построение партнерских отношений с другими людьми, адекватное понимание важности и значения диалогического взаимодействия со сверстниками и взрослыми); 4) самоопределение (самостоятельность подростка в решении собственных проблем и выборе будущей профессии, путей социального самоопределения) [2]. Выделенные функции, по ее мнению, определяют для педагога пути профилактики аддиктивного поведения подростка, позволяют обнаружить составляющие ЗОЖ, которые обеспечивают реализацию этих функций в формировании и становлении подростка.

В основе здорового образа жизни лежат семь факторов, выделенные Беллоком и Бреслау (1965г.): сон (7-8 часов), регулярное питание, отказ от дополнительного приема пищи (т.е. в перерывах между ее приемами), вес, не превышающий 10% от оптимального (в зависимости от возраста), регулярные занятия спортом и закаливание, ограничение алкоголя, отказ от курения. Кроме того, ЗОЖ предполагает соблюдение правил личной гигиены, разумное соотношение труда и отдыха, удовлетворенность работой, достаточная медицинская активность, семья [2].

Из перечисленных факторов ЗОЖ можно видеть, что многие из них просто не реально соблюдать в подростковом возрасте. Организация учебно-воспитательного процесса осложняет, а иногда делает практически невозможным соблюдение тех правил ЗОЖ, которые декларируются взрослыми. Перегруженность учебными предметами, факультативы, подготовительные курсы у выпускников, легкомысленное отношение к урокам физкультуры даже у самих преподавателей и др., препятствует нормальному

ритму сон – бодрствование, питанию, не говоря уже об удовлетворенности от выполняемой деятельности. Реклама пива и сигарет, создающая иллюзию успешной и взрослой жизни, не способствует отказу от их употребления и т.п. Это противоречие дискредитирует идею ЗОЖ и подрывает доверие к взрослым.

Кроме этого, существует целый ряд объективных причин, которые препятствуют формированию адекватного отношения к здоровью у подростков и молодежи. Во-первых, *здоровый* человек (каким в норме является подросток) *не замечает* своего здоровья, воспринимает его как естественную данность. В основе нездорового поведения лежит феномен «*нереалистического оптимизма*», который развивается из отсутствия личного опыта болезни, веры в то, что, если заболевания нет, то его и не будет в будущем, вера в возможность справиться с болезнью. Во-вторых, нездоровое поведение приносит сиюминутное удовольствие, а последствия этих поступков кажутся далекими и маловероятными. Если рекомендации по укреплению и сохранению здоровья, полученные от средств массовой информации или врача, не совпадают с представлениями человека, то вероятность их выполнения будет не высокой. В-третьих, существует возрастная динамика значимости здоровья. Его приоритетная роль чаще отмечается представителями среднего и особенно старшего возраста. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. Если они уделяют внимание здоровью, то преимущественно его внешней физической составляющей. В-четвертых, существует эффект задержанной обратной связи: результат от заботы о поддержании здоровья отсрочен во времени. Это одна из главных причин негигиенического поведения людей [2].

Как показали наши исследования, подросток не имеет достаточного знания о себе, как здоровом или больном, но он знает, что такое здоровье и болезнь близких [1]. Так как сфера отношений с родителями и близкими людьми для подростка является значимой, то естественное желание, чтобы они были здоровы. Мы склонны объяснять факт, что здоровье является внутренне конфликтной сферой для подростков, и они опасаются в будущем не иметь хорошего здоровья, с одной стороны, и тенденцию рис-

ковать своим здоровьем, с другой стороны. Подросток не знает, что такое здоровье, потому что в норме растущий организм достаточно сильный и способен справляться с болезнями. Чтобы понять, что такое здоровье и почувствовать себя здоровым, подросток должен знать, что такое болезнь. Этот опыт он может получить, проводя эксперименты с собственным здоровьем, рискуя, испытывая свой организм. Для подростка интересно, что такое здоровье, и он хочет быть здоровым; но ему не интересен здоровый образ жизни, т.к. ЗОЖ не дает возможности реализовать потребность быть здоровым.

Исследование смысла понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни», у подростков, молодежи и взрослых людей показало следующее. Для подростка ценность здоровья в том, что его наличие дает уверенность в себе, способствует самореализации, дает возможность рисковать, помогает в решении проблем и не зависит от взрослого. «Здоровый образ жизни» оценивается подростками как не имеющий смысла (т.е. не актуальный в подростковом возрасте); соблюдение правил ЗОЖ не связано с риском, ограничивает поведение и поэтому и не ведет к самореализации. Люди в возрасте 25-35 лет осознавая в целом ценность здоровья как возможность собственной реализации, также не рассматривают ЗОЖ как условие сохранения здоровья. Понимание, что соблюдение здорового образа жизни является условием сохранения и укрепления здоровья приходит в период 40 – 60 лет, когда понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни» для взрослых становятся близкими. Для одной группы взрослых ЗОЖ является условием сохранения здоровья, и они стараются соблюдать правила ЗОЖ. Другая группа взрослых рассматривает ЗОЖ как условие сохранения здоровья в подростковом и юношеском возрасте. Эта группа характеризуется большей пассивностью собственного поведения и, как правило, соблюдают правила здорового образа жизни. Основная причина такого поведения в том, что здоровье уже потеряно в молодости [1].

Воспитывающий взрослый, прививая подросткам навыки здорового образа жизни, основывается на понимании категории «болезнь – здоровье», принятой во взрослом мире. Для подростка же здоровье ценно, в том смысле, что дает возможность экспери-

ментировать с телом и собой, выявляя таким образом свои возможности и способности. Переживая физический риск, подросток острее ощущает реальность собственного «Я», узнает об особенностях личностных границ, и таким образом усваивает категории «болезнь – здоровье». Подросток не может разделить эти ценности, т.к. они не пережиты, отсутствуют в его опыте, а принять на веру – означает подчиниться, потерять свободу и попасть в зависимость от взрослого, снова оказаться в детской позиции. Здоровый образ жизни в том смысле, как его понимают взрослые (отсутствие наркотиков, ограничение потребления табака и алкоголя, здоровое питание, соблюдение режима дня и др.), ограничивает самопознание подростка, который может формально согласиться с задачами, поставленными взрослыми, но реально поступает в соответствии с собственными задачами взросления. Употребление, например, пива, компенсируя неуверенность и незрелость, обеспечивает психологическое благополучие, которое важнее отсроченного во времени (когда-то в старости что-то может болеть) физического здоровья. Таким образом, физическое самочувствие сильно зависит от психологического, и оно становится опережающим подростков, в отличие от взрослых, у которых физическое и психологическое самочувствие более уравновешены. («Я знаю от взрослых, что употреблять алкоголь плохо, но сами взрослые это делают. Мне это дает ощущение собственной значимости, и я буду продолжать»).

Таким образом, мы столкнулись с устойчивым противоречием между общепринятыми «взрослыми» представлениями о ценностях подросткового возраста и реальными ценностями периода взросления. *Принцип формирования навыков здорового образа жизни у подростков и молодежи, положенный в основу большинства программ профилактики наркомании, не соотносится с ценностями подросткового возраста, а значит, они оказываются мало эффективными.*

Учебные вопросы и задания:

1. Сравните основные положения биомедицинской, биосоциальной и ценностно-социальной моделей здоровья с точки зрения профилактики наркомании.

2. Раскройте понятие «здоровый образ жизни». Дайте оценку потенциала концепции здорового образа жизни с точки зрения профилактики наркомании.

3. В чем заключается возрастная специфика отношения подростков к своему здоровью?

Темы рефератов:

1. Психолого-педагогические аспекты проблемы формирования здорового образа жизни.

2. Возрастная динамика отношения к здоровью.

Литература:

1. Лисецкий К.С., Литягина Е.В. Психология не-зависимости. – Самара, 2004.

2. Малюченко Г.Н. Профилактика наркомании в образовательной среде: проблемно-ориентированный подход. – Балашов: Изд-во БГПИ, 2001.

3. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. – Рига, ПЦ «Эксперимент», 1996.

4. Региональная программа пропаганды ЗОЖ. «Алкоголь и другие наркотические вещества». Рук. С.Шапиро. Н.Новгород, 1994.

§ 4. Концепция снижения вреда в профилактике наркомании

Широкое распространение немедицинского употребления наркотиков и, главное, осознание низкой результативности различных программ профилактики наркотизма побудили исследователей к поиску новых идей, которые могли бы стать основой разработки более эффективных стратегий предупреждения наркомании.

Подводя итог анализу эффективности программ профилактики употребления наркотиков, которые реализовывались в США за последнее столетие, Марша Розенбаум в своей книге «Безопасность прежде всего. Подростки, наркотики и образовательные программы: реалистичный подход» пишет: «В течение этого времени использовались различные методики – от запугивания до сопротивления, задачей которых было настроить молодежь на полный отказ от употребления наркотиков. Несмотря на широкую распространенность этих программ, ориентированных только на воздержание от наркотиков, сложно выяснить какие из них, если они существуют, действительно успешны» [2]. Оставим в стороне сомнение М. Розенбаум, в существовании самих профилактических программ, которое наталкивает на мысль о том, что нередко такие программы существуют только на бумаге в текстах заявок на получение грантов, либо в отчетах об использовании предоставленных средств. Интересно другое. Как показывает М. Розенбаум, несмотря на то, что в американских школах систематически проводятся занятия по профилактике употребления наркотиков, 53,9% учащихся хотя бы раз пробовали наркотики, 41,4% употребляли те или иные наркотики в течение прошедшего года и 25,7% употребляли наркотики в течение прошлого месяца. «Самым шокирующим, – пишет М. Розенбаум, – оказался неизменный негативный результат оценки программы D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education, послужившая основой для разработки применявшихся в других странах программ «Скажите наркотикам «Нет», «Спасибо, нет» и т.п. – примеч. редактора), наиболее популярной программы в Америке. Ежегодно эта программа охватывала 36 миллионов учащихся в 80% школ в США. Каждое очередное исследование доказывало, что D.A.R.E. неспособно

предотвратить употребление наркотиков среди своих выпускников или снизить уровень употребления» [2].

Пытаясь ответить на вопрос о низкой эффективности программ профилактики, М. Розенбаум, одна из идеологов и активных проводников в жизнь концепции *снижения вреда*, указывает несколько причин. По ее мнению, все существующие программы, акцентирующие внимание слушателей на негативных последствиях употребления наркотиков или ориентированные на формирование специальных навыков защиты от них не эффективны, так как базируются на противоречивых идеях и односторонне подаваемой информации. Отметим, кстати, что в России активно разрабатываются и внедряются в практику программы профилактики, эффективность которых может быть поставлена под сомнение, учитывая опыт США. Речь идет о программах типа «Спасибо, нет» и программах, направленных на формирование различных защитных стратегий – «Коппинг-профилактика употребления наркотиков и других психоактивных веществ», «Формирование здорового образа жизни» [3]. Сверхзадачей бихевиорально-когнитивно ориентированных программ профилактики является полное воздержание от наркотиков, «жизнь без наркотиков», что, по мнению сторонников идеи *снижения вреда*, утопично.

Развивая критику профилактических программ, сторонники *снижения вреда* утверждают, что нереалистичность этих программ связана с игнорированием противоречий между их содержанием и реальной жизнью: «Вопреки провозглашаемой ценности здорового образа жизни без наркотиков американцев и их детей постоянно засыпают лозунгами, призывающими их принимать различные вещества и лечиться ими; среди них – алкоголь, табак, кофеин, лекарства, продаваемые по рецепту и без него...».

Дети смотрят рекламу препаратов для лечения генерализованных тревожных расстройств. Они понимают, что их родители обращаются к антидепрессантам, чтобы справиться со своими проблемами» [2].

Сторонники идеи *снижения вреда* вполне аргументировано указывают, что критикуемые ими программы профилактики наркомании не учитывают возрастные и индивидуально-психологические особенности подростков, что авторитет этих программ

оказался подорван тактикой запугивания и дезинформации, внутренне присущим эти программам.

Критикуя современные программы профилактики наркомании, реализующие идею «жизни без наркотиков», сторонники *снижения вреда* утверждают, что их низкая эффективность связана с рядом фундаментальных ошибочных положений, лежащих в их основе:

1) экспериментирование с наркотиками не является неотъемлемой частью подростковой субкультуры;

2) употребление наркотиков и злоупотребление ими – это одно и то же;

3) марихуана – «трамплин» к более тяжелым наркотикам (героин, кокаин);

4) преувеличение риска, связанного с приемом наркотических средств, играет профилактическую роль.

Если, следуя логике сторонников идеи *снижения вреда* считать эти положения ошибочными и иррациональными, то в качестве истинных нужно будет принять, что:

1) экспериментирование с наркотическими веществами является неотъемлемой частью подростковой субкультуры;

2) экспериментирование с наркотиками, употребление и злоупотребление ими – принципиально различны;

3) марихуана не является «втягивающим наркотиком»;

4) осознание риска, связанного с употреблением не играет никакой профилактической роли.

Но так ли это на самом деле? Подростки действительно экспериментируют с психоактивными веществами (ПАВ). Однако в подавляющем большинстве случаев это табак и алкоголь. Будучи легальными наркотиками, табак и алкоголь ассоциируются в сознании подростков с взрослостью и взрослым образом жизни. Конечно, нередко эксперименты с ПАВ связаны с интересом подростка к измененным, необычным состояниям сознания. Употребление ПАВ может быть также вызвано поиском средств разрешения какой-либо сложной жизненной ситуации, в которой оказался подросток. Однако, для большинства подростков курение и употребление алкоголя являются признаками взрослой жизни и приобщение к ним – скорее отрицание детства и детскости, демонст-

рация своей взрослости. В России нелегальные наркотики и их употребление не воспринимаются подростками как признаки взрослости. Экспериментирование российских подростков с наркотиками нужно рассматривать не как неизбежную составляющую подростковой субкультуры, а, скорее, как явление, характерное для специфичных групп подростков.

М. Розенбаум пишет: «Употребление подростками наркотиков в современном обществе – это отражение общих тенденций американской жизни». Складывается впечатление, что наркотизм для подросткового возраста – это скорее норма поведения, чем отклонение. В значительной степени такое впечатление, также как и обсуждаемый тезис, является следствием того, что и табак, и алкоголь относят к наркотикам. Получается, что подростки, пробуя курить, экспериментируют с наркотиками. И только в этом смысле эксперименты с наркотиками являются частью подростковой субкультуры. Однако использование в данном контексте слова *наркотики* явно вводит в заблуждение: эксперименты с тяжелыми наркотиками не являются частью подростковой субкультуры. Сторонники идеи *снижения вреда*, как основы первичной профилактики, критикуют другие программы и подходы за недостаточную дифференциацию употребления наркотиков и злоупотребления ими. Низкая дифференциация этих явлений оценивается сторонниками *снижения вреда* как ситуация, вводящая подростков в заблуждение, а значит, и подрывающая доверие к профилактике вообще. В качестве аргумента приводятся соображения типа: «...подростки наблюдают как их родители и другие взрослые употребляют алкоголь, который сам по себе является наркотиком, не злоупотребляя им...» [2]. Осознанно или неосознанно авторы подобных утверждений игнорируют значительные различия между алкоголем и, например, героином. Эти различия, имеющие биохимический, физиологический, культурологический, психологический, правовой и другие аспекты, существенно влияют на генезис зависимости. Эти различия столь существенны, что по отношению к некоторым наркотикам дифференцировать употребление и злоупотребление оказывается практически невозможно.

Настаивая на более глубокой дифференциации употребления и злоупотребления и игнорируя колоссальные и разнообразные различия в ПАВ, не создают ли сторонники идеи *снижения вреда* предпосылки для заблуждений иного рода чем те, которые они критикуют, но от этого не менее, а может быть и более опасных?

Еще одним приемом, к которому прибегают сторонники *снижения вреда*, является критика теории «трамплина», в соответствии с которой марихуана является «втягивающим» наркотиком. Оставим в стороне многочисленные научные данные, показывающие обусловленность перехода к «тяжелым» наркотикам предшествующим употреблением марихуаны. Посмотрим на употребление марихуаны с других позиций. Марихуана является нелегальным наркотиком, следовательно, ее употребление означает для субъекта допустимую для себя *возможность* употребления нелегальных наркотиков. Употребление марихуаны, даже однократное, можно рассматривать как своеобразную инициацию, расширяющую для индивида диапазон допустимого для него поведения. Возможность самостоятельно контролировать употребление марихуаны переносится индивидом и на другие нелегальные наркотики и создает у него иллюзию возможности контролируемого употребления тяжелых наркотиков. С этой точки зрения марихуану вполне можно рассматривать как трамплин к тяжелым наркотикам.

Мы видим, что основные аргументы, используемые сторонниками *снижения вреда* для критики других программ профилактики наркомании сами не бесспорны и внутренне противоречивы. Не думаю, что противоречивость этих аргументов заметна только для нас. Тогда что убеждает сторонников *снижения вреда* в верности выбранного пути?

Вот что пишет М. Розенбаум: «Когда в 1980-х годах мы узнали, что использование презервативов способно предотвратить распространение ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передаваемых половым путем, программы сексуального воспитания молодежи переключились с моделей полного воздержания. В то время родители, учителя, а также политические деятели приняли решение поставить вопросы безопасности на первое место... Внедрение этого подхода отразилось не только на увеличении

использования презервативов теми подростками, которые вели сексуальную жизнь, но и на снижении общих показателей сексуальной активности среди целевой группы. Такие всесторонние стратегии профилактики послужили хорошей моделью для реструктуризации существующих образовательных программ по наркотикам» [2].

Логика подобных рассуждений проста: запретительные программы (идея воздержания в половом воспитании) оказались неэффективны – переход к программам на основе идеи безопасности оказались результативными. Однако, очевидно, что между сексуальным поведением, тесно связанным с физиологией человеческого тела и культурой человечества, с потребностью в сексуальных контактах, и потреблением наркотиков, физиологической потребности в которых нет, есть большая разница. Сексуальные отношения невозможно отменить – они присущи и физиологии, и культуре, поэтому любые запретительные стратегии окажутся неизбежно неэффективными. Что такое идея безопасности в сфере профилактики наркомании – это поиск стратегии, уменьшающих негативные последствия употребления ПАВ. То есть, с другой стороны, как бы санкция на употребление самих наркотиков.

Нет сомнения в том, что идеи *безопасности* и *снижения вреда* эффективны, когда речь идет о вторичной профилактики наркомании, о профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и т.п., то есть там, где мы действительно можем снизить негативные последствия наркомании. Там же где речь идет не о последствиях явления, а о его профилактике, эти подходы не могут быть эффективны в принципе, так как цель и средства их достижения оказываются несогласованны. Если и дальше игнорировать это противоречие, то абсолютизация средств может привести к подмене цели *профилактика наркомании* теневой целью – *допущение существования наркомании как социокультурного явления*.

В качестве примера можно привести результаты исследований, проведенные в последние годы в Самарской области: в г. Тольятти программа «Снижение вреда» реализовывалась несколько лет, в г. Самаре от нее отказались на самом первом этапе.

Сравнение динамики количественных показателей наркотизации молодежи даже с точки зрения официальной статистики оказалось не в пользу г. Тольятти. Опросы в молодежной и подростковой среде в г. Тольятти показали, что многие употребляющие наркотики молодые люди вообще не слышали о программах «Снижения вреда» (речь идет о бесплатной раздаче одноразовых шприцев) а те, кто слышал, тратили сэкономленные на покупке шприцев деньги на наркотики. Возможно это издержки работы специалистов в г. Тольятти, возможно, это делалось в чьих – то интересах, результат один: отсутствие результата при огромных (в том числе и финансовых) затратах.

Подводя итог анализу идеи *снижения вреда*, еще раз отметим ее продуктивность с точки зрения снижения издержек наркотизма и наркомании, что же касается оценки основанных на этой идее программ профилактики наркотизма, то они кажутся нам не менее сомнительными, чем стратегии запугивания, информирования и т.п.

Учебные вопросы и задания:

1. В чем заключаются основные тезисы, которые сторонники концепции «снижения вреда» используют для критики других профилактических программ?

2. Возможен ли перенос оценок эффективности с программ полового воспитания на программы профилактики наркомании? Почему?

3. В чем могут заключаться позитивные эффекты программ снижения вреда?

Темы рефератов:

1. Реализация идеи снижения вреда в программах профилактики ВИЧ и наркомании.

Литература:

2. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. д.с.н., проф. А.Н. Гаранского. – М.: Изд-во Владос-Пресс, 2003.

3. Розенбаум М. Безопасность прежде всего. Подростки, наркотики и образовательные программы: реалистичный подход. – Москва, 2002.

4. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

§ 5. Критерии оценки эффективности профилактических программ

Среди критериев оценки профилактических программ часто называют: численность участников, отношение к программе, изменение информированности, изменение намерений, изменение отношения к ПАВ, изменения поведения, изменения отношения к себе, изменения в общении. Тренинги, ориентированные на развитие коммуникативной компетентности учащихся, тренинги личностного роста, здоровьесберегающие технологии часто заменяют программы профилактики аддиктивного поведения. На сегодняшний день любая программа, где в целях указывается профилактика вредных привычек или наркомании относят к типу профилактических, не обосновывая при этом принципы организации профилактики, цели и ожидаемые результаты. Ситуация усугубляется тем, что при противоречивости выделенных критериев психического и социального здоровья очень сложно оценить эффективность той или иной профилактической программы.

В качестве критериев, с помощью которых возможно достаточно надежно оценить эффективность программ, можно предложить следующий комплекс.

1. Особенности программы:

а) теоретическая обоснованность (программа должна иметь теоретическое обоснование принципов и методов работы);

б) апробированность (перед широким применением программа должна пройти апробацию, результаты которой должны быть указаны);

в) соответствие возрастным особенностям целевой группы (программа обычно разрабатывается под конкретную целевую группу, в соответствии с возрастными особенностями последней);

г) соответствие социально-психологическим особенностям целевой группы;

д) последовательность, этапность программы (указание этапов проведения программы, возможно также описание преемственности в организации профилактики);

е) комплексность;

ж) валидность программы: соответствие полученных результатов программы ожидаемым (полученные результаты реализации программы должны соотноситься с ее целями и задачами).

2. Квалификационные и психологические требования к специалисту, реализующему профилактическую программу:

а) теоретическая готовность: знание теорий формирования аддиктивного поведения, знание психологических основ профилактики наркомании, знание возрастной психологии, знание семейной психологии, знание конфликтологии, знание клинической психологии;

б) практическая готовность: опыт ведения тренинговых или психокоррекционных программ, опыт участия в тренинговых или психокоррекционных программах, понимание отличия деятельности по профилактике наркомании от психологического консультирования;

в) личностная готовность: желание работать по профилактике наркомании, интерес к работе в данном направлении, адекватная профессиональная самооценка, наличие личностно значимых качеств для работы по профилактике наркомании;

г) субъективно высокая оценка эффективности работы по программе.

3. Целевая группа:

а) особенности участия в программе: стабильно высокое количество участников программы, интерес участников, отношение к программе, психологу;

б) медико-социальная динамика у участников программы: снижение спроса на ПАВ, улучшение показателей здоровья, трудоустройство или посещение школы, снижение количества проблем с правоохранительными органами, снижение количества проблем и конфликтов в образовательном учреждении, повышение активности в общественной деятельности;

в) психологическая динамика: снижение количества деструктивных конфликтов, повышение стрессоустойчивости, развитие децентрации как способности выхода за пределы ситуации в решении задач, развитие эмпатии, чувства юмора, рефлексии, развитие саморегламентации, изменение жизненного тонуса (улучшение настроения, самочувствия, повышение активности);

г) субъективно высокая оценка значимости участия в программе.

Предложенный комплекс критериев не является обязательным, однако, он содержит важные параметры результативности, без оценки которых трудно делать выводы об эффективности той или иной работы по профилактике наркомании среди детей, подростков и молодежи.

Литература:

1. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. – Рига, ПЦ «Эксперимент», 1996.

2. Самыкина Н.Ю. Формирование личностной готовности психологов к первичной профилактике наркомании в среде старшеклассников. – Дис. канд. психол. наук., Калуга, 2002.

§ 6. Профилактика наркомании в семье

Обобщение результатов клинической практики отечественных и зарубежных специалистов, работающих с проблемами химической зависимости и созависимости, показывают, что семья играет очень важную роль на всех этапах развития наркомании.

Для организации целенаправленной работы по первичной профилактике наркомании среди подростков, необходимо, прежде всего, понять, какие особенности семьи повышают риск наркотизации.

Изучение истории болезни, протоколов первичных бесед, биографий более 1500 наркоманов показывают, что практически во всех случаях подростковой и юношеской наркомании мы сталкиваемся с тем или иным типом семейного неблагополучия в период, предшествующий наркотизации. В каждом из типов проблемных семей, помимо общих черт, складываются и специфические особенности отношений, которые будут придавать наркомании подростка особый специфический смысл.

Так, в *деструктивных* семьях наркотизация и связанное с ней поведение направленно, прежде всего на восполнение недостатка эмоциональных контактов в семье, либо выступает как средство ухода от давления семейных конфликтов. В наркоманской группе подросток находит то, что он отчаялся найти в семье. Как было показано в исследованиях О.В. Шапатиной, межличностный конфликт родителей является основой развития внутриличностного конфликта ребенка. Если в семье существует хронический конфликт между родителями, наркотики могут выступать как средство снятия напряженности у подростка. Более того, в таких семьях наркомания подростка может приобретать неосознаваемый родителями положительный смысл, поскольку хронический конфликт между ними приходит к той или иной форме разрешения.

В *неполных* семьях иногда имеет ярко выраженный демонстративный компонент. Наши данные показывают, что в неполных семьях факт наркотизации подростка обнаруживается раньше, чем в семьях, относимых к другим типам. Это дает нам основание предполагать, что наркотик может использоваться подростком, как средство сепарации и достижения большей независимо-

сти. Однако обычно это вызывает обратный эффект, что делает отношения в родительско-детской паре еще более напряженными и мучительными.

В *ригидных* семьях наркомания подростка может рассматриваться как форма протеста против системы отношений, игнорирующей его возросшие возможности, интересы и потребности. В лице наркомании родители встречаются с аргументом, против которого они бессильны.

В *распавшихся* семьях наркомания подростка может выполнять функцию ослабления, и даже преодоления сохранившейся в семье эмоциональной зависимости от родителя, проживающего вне семьи. После того как родитель, с которым живет подросток, узнает о его наркомании, этот факт начинает тщательно скрываться от родителя, живущего вне семьи. Внутренние отношения в родительско-детской паре становятся более близкими, эмоциональными и сплоченными, тогда как внешние отношения с родителем, живущим вне семьи, становятся более дистантными, холодными и проблемными.

Возможные семейные причины наркотизации вытесняются, не осознаются родителями. Столкнувшись с фактом употребления наркотиков, родители испытывают крайне острые эмоциональные состояния, приводящие к неадекватным, хаотичным и, как правило, бесполезным действиям. В связи с этим работа с проблемными семьями должна быть направлена на решения нескольких взаимосвязанных задач:

- информирование родителей о роли и месте семьи в развитии наркомании у подростка;
- информирование родителей о возможных семейных причинах наркотизации и о признаках употребления подростком наркотиков;
- участие в разрешении латентного семейного кризиса;
- оптимизация системы внутрисемейного воспитания;
- нормализация родительско-детских отношений и снижения их конфликтности;
- повышение адекватности реагирования подростком на семейную ситуацию;

- повышение ответственности членов семьи за свое внутрисемейное поведение;
- создание позитивного эмоционального фона семейных отношений.

Таким образом, *задача-минимум* формулируется как активизация и обеспечение позитивной динамики семейных отношений. *Задача-максимум* – участие и содействие в нормализации и реконструкции основных функций семьи, активизация личности, как субъекта ответственности за свою жизнь и судьбу.

Одна из самых сложных задач в организации профилактической работы с семьей, заключается в формировании мотивации и запроса на такую работу. Наличие в проблемных и нестабильных семьях хронических родительско-детских конфликтов, обостренных эмоциональных реакций, обид и оскорблений, а также функционирование механизмов защиты на личностном и межличностном уровнях приводят к тому, что такие семьи имеют крайне низкую мотивацию на участие в профилактической и терапевтической работе. Реальность такова, что в подавляющем большинстве случаев члены семьи (родители) начинают проявлять инициативу, к сожалению, уже в период открытой наркотизации подростка, когда психологическая зависимость сформировалась и сочетается с мощной физиологической зависимостью, а родители и члены семьи включены в систему «наркоманского» поведения и у них сформировался синдром родительской реакции на наркотизацию.

Работа с семьей является важной составляющей системы профилактики молодежной наркомании. Она может осуществляться в нескольких формах:

- индивидуальная работа с членами проблемных семей;
- работа с семьей в целом;
- специальные родительские группы;
- работа с массовой родительской аудиторией.

Указанные формы профилактической работы с семьей существенно различаются организационно, методически и содержательно. Вместе с тем, можно отметить, некоторые общие принципы работы с семьей по профилактике наркомании.

1. *Обеспечение приращения нового бытийного опыта членов семьи.* Независимо от реализуемой формы, усилия специалистов, занимающихся семейной проблематикой, должны быть направлены на расширение возможностей семьи в понимании ситуации, взаимоотношений, причин последствий и их последствий.

2. *Взаимодействие в условиях неопределенности.* Исследования показывают, что даже «полный набор» факторов наркориска не приводит к наркотизации подростка, а иногда достаточно лишь ситуативного проявления одного из них. Решая задачу профилактики наркомании, психолог может столкнуться с любой сколь угодно сложной семейной проблематикой. С другой стороны, создание и поддержание психологом ситуации неопределенности способствует тому, что в процессе взаимодействия с родителями (или семьей в целом) актуализируется наиболее значимый аспект семейной проблемы. Таким образом, работа с семьей по профилактике наркомании – это деятельность в условиях неопределенности. Очевидно, что в этом случае важнейшими факторами эффективности психолога становится не его «методическая оснащенность», а его готовность поступать свободно и ответственно.

3. *Ответственность.* Важно, чтобы в процессе работы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Принятие ими авторства собственной судьбы является важнейшей предпосылкой позитивной семейной динамики.

4. *Открытость и незавершенность работы.* Решая задачу профилактики наркомании, тем не менее, не может дать гарантии того, что в семье не появится наркоман. В связи с этим, одним из важнейших результатов профилактической работы с семьями должна быть принципиальная готовность родителей к получению специальной профессиональной помощи и мотивация на сотрудничество с социальными центрами.

5. *Реалистичность ожиданий.* Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники (психологи, педагоги и др.), и члены семей, вовлеченные в профилактическую работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех и, что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить беспроблемное существование семьи. Задача социальных

работников заключается в том, чтобы помочь семье преодолеть «зацикленность» и обеспечить минимальную динамику. Вопрос дальнейшей работы – это вопрос инициативы семьи.

6. *Плюрализм форм и методов работы с семьей.* Мы говорим о том, что факторы наркотизации семейной природы могут иметь различный характер. Поэтому, трудно себе представить существование какого-либо единственного, эффективного метода профилактической работы с семьей.

7. *Включенность / внеаходимость.* В соответствии с этим принципом специалист, реализующий ту или иную форму работу с семьей должны находиться в непрерывном контакте с людьми, с которыми он работает, обеспечивая или насыщенную и адекватную обратную связь и при этом находиться за пределами семейных отношений, сохраняя свою профессиональную и личностную независимость и суверенитет, и самостоятельность семьи.

8. *Принцип «здесь-и-теперь».* В соответствии с этим принципом специалист, работающий с семьей, должен обращать внимание, прежде всего на то, что реально происходит в ситуации «здесь-и-теперь». Сущность данного принципа можно передать с помощью афоризма: «не важно, о чем говорят члены семьи, важно, что реально происходит».

Перечисленные принципы могут быть реализованы независимо от того, в какой форме проводится профилактическая работа. Их реализация направлена на повышение возможностей саморазвития семьи и живущих в ней людей.

Индивидуальная работа с членами проблемных семей часто является единственно доступной формой профилактической работы с семьей. Как правило, привлечь к такой работе удается субъективно наиболее заинтересованного члена семьи. В подавляющем большинстве случаев (65%) – это женщины. Однако по мере развития консультативно-терапевтического процесса, к нему в значительной части случаев удается привлечь и других членов семьи. В этом случае работа может продолжаться в режиме общесемейных встреч (подростки, как правило, чрезвычайно неохотно принимают участие в таких встречах), либо индивидуальных встреч с членами семьи, либо в обеих формах сразу. Результатом индивидуальной работы также может быть готовность

взрослых членов семьи посещать родительские группы. Подчеркнем, что здесь важен не столько какой-то конкретный результат, сколько готовность и желание продолжать работу и сотрудничество со специалистами социального центра.

Приоритетными формами профилактической работы с семьей мы считаем общесемейные встречи. Практика показывает, что собрать вместе всю проблемную семью удается крайне редко. Однако это не означает, такая работа не может быть начата в неполном численном составе. Важным здесь является не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентации на работу с общесемейной проблемой, носителем которой является семья «как целое». Последовательная реализация этого принципа сопряжена со значительными сложностями, преодоление которых создает благоприятные условия для терапии семьи, и, с другой стороны, служит своеобразным индикатором семейной динамики. Среди основных трудностей укажем следующие:

1. К моменту начала терапии проблемная семья находится в состоянии **острого или латентного, хронического семейного кризиса**. Мы склонны рассматривать эту ситуацию как чрезвычайно богатую по своим потенциальным возможностям: прохождение кризиса как точки бифуркации в эволюции семейной системы означает принципиальную невозможность возврата к докризисной системе отношений. Важнейшим условием эффективности в работе с семьей является субъектная позиция психолога, т.е. его готовность свободно и ответственно предпринимать непредпринятое. Субъектные проявления психолога становятся условием актуализации субъектности семьи.

2. **Отсутствие психологического запроса со стороны семьи**. Проблемная семья обращается за психологической помощью, как правило, тогда, когда семейное неблагополучие уже невозможно не замечать, при этом проблемы подростка никак не связываются с его психологическими проблемами в семье или вне семьи. Таким образом, мотивация родителей связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо средство их избавления от проблем и родители ждут от психолога,

что его усилия будут направлены, прежде всего, на работу с подростками.

3. Многослойность семейной проблематики. Проблемное поведение у подростка выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто приходится сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, телесными болями, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия и многое другое. С другой стороны, проблемное поведение подростка не только обостряет многие негативные процессы в семье, но и маскирует их, вытесняя их на периферию сознания членов семьи.

4. Высокий уровень тревожности в семье. У членов проблемных семей отмечается высокий уровень тревожности, который существенно сужает возможности психолога в работе с семьей. Такая работа требует соблюдения гибкого баланса фрустрации – поддержки. Члены проблемных семей из группы риска ждут, что психолог будет организовывать свою работу с ними из Родительской позиции. Мы полагаем, что на начальном этапе работы такая позиция психолога оказывается адекватной и приемлемой. Говоря словами К. Витакера, психолог как бы «усыновляет семью».

5. Крайне низкая информированность родителей в вопросах, связанных с наркотиками и наркоманией. Неосведомленность родителей в вопросах наркомании является одним из источников их тревожности. Поэтому, приходя на прием, они буквально заваливают психолога вопросами, часто не относящимися к области его компетенции. Очевидно, что такая своеобразная «познавательная активность» родителей носит защитный характер. В работе с проблемной семьей всегда существует опасность «соскользнуть» на выгодную для родителей позицию «консультанта в вопросах наркологии». Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических кли-

нических игр. В значительной степени такой опасности можно избежать, если в центре, в котором ведется работа с семьей. Существует специальная открытая группа, деятельность, которой ориентирована исключительно на информирование родителей по интересующим их вопросам наркомании.

Перечисленные трудности работы с проблемными семьями по профилактики наркомании создают специфическую ситуацию, когда эффективная работа невозможна в рамках какой-либо одной модели или терапевтического подхода. Важнейшим фактором эффективности в этом случае становится плюрализм методов при ориентации на принцип работы с семьей как целом.

Важной составляющей профилактики наркомании является работа с родителями. В структуре системного профилактического воздействия на семью важную роль играют групповые формы работы с родителями. Существенным является на наш взгляд, то, что работа с ними может вестись как параллельно с другими формами профилактики, так и независимо от них. Даже если подросток избегает участия в профилактических программах, родители, посещающие родительские группы, могут изменить свое отношение к наркомании, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходимость, и полезность таких групп.

При выборе конкретной модели групповой работы необходимо учитывать особенности поведения родителей подростков из группы риска на специальных занятиях с ними.

Типичными особенностями поведения в родительских группах являются:

- поляризованность суждений о возможных формах внутрисемейного поведения. Например: «Я уже все пробовал: ругал, бил... Ну что теперь – плюнуть и вообще не подходить к нему»;

- ориентированность на конкретные советы и рекомендации со стороны ведущего группу (Если просит деньги, то давать? ...А если он займет у соседей?... Что ему сказать, когда он приходит поздно?);

- крайняя зафиксированность на себе и на своей семейной ситуации (часто это приводит к неспособности слышать друг друга);

- непонимание роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения («А что я могу сделать», «Речь ведь не обо мне...»);
- фиксация сознания на ребенке, что снижает (вплоть до невозможности) способность к пониманию более широкого круга семейных проблем;
 - эмоциональная напряженность и склонность к аффектам;
 - обвиняющие реакции в адрес ведущего в случае его отказа давать конкретные советы;
- уход от обсуждения реальных проблем и отношений с помощью соскальзывания на поиск причин и виновника;
- делегирующая позиция, выражающаяся в отказе нести ответственность за свою жизнь, за свои действия, чувства и успехи;
- высокий уровень тревожности, что проявляется в поиске поддержки и покровительства («помогите нам, у нас уже нет сил...»);
- склонность к затяжным монологам с бесконечным перечислением подробностей какого-либо события;
- критичность по отношению друг к другу и ведущему. Подозрительность и закрытость при внешней лояльности;
- избегание личностной или семейной тематики и стремление обсуждать проблему воспитания «вообще».

Как показывает опыт, реализация большинства из названных выше моделей либо встречает в группе родителей серьезное сопротивление, либо создает условия для актуализации защитного поведения. Так, психоаналитически ориентированные группы оказываются малоэффективными в силу отказа родителей рассматривать себя и свое поведение как возможный фактор риска наркотизации у ребенка. Делегирующее поведение и вытеснение создают существенные препятствия для реализации этой модели. Дискуссионные группы, ориентированные на обсуждение проблем родительско-детских отношений и внутрисемейных отношений в целом, также оказываются малоэффективными в силу склонности родителей к монологу и описательным высказываниям.

Реализация в групповой работе с родителями принципов гуманистической психологии, безусловно, способствует оказанию им эмоциональной и социальной поддержки. Однако, наиболее

важным, на наш взгляд, является принятие родителями ответственности за свое поведение и свою жизнь, чему способствует реализация модели группового психологического консультирования, методологической основой которого выступает транзактный анализ Э.Берна. Участники группы в этом случае воспринимаются как дееспособные субъекты, способные нести ответственность за свое поведение и решение своих проблем. Руководитель поддерживает коммуникации в группе из эго-состояния «Взрослый». Освоение участниками группы терминологии структурного и транзактного анализа дает возможность для эффективного исследования ими особенностей внутрисемейных отношений, внешней и внутренней коммуникации. Использование модели психологического консультирования и методологии транзактного анализа позволяет решать комплекс взаимосвязанных задач, непосредственно вытекающих из отмеченных выше особенностей семей из группы риска:

- повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь;
- развитие готовности к творческому реагированию на проблемы в поведении и наркоманию ребенка;
- повышение психологической компетентности и расширение сознания;
- изменение реакции на проблему (от поиска причин к поиску решений);
- развитие реалистичности мышления и осознания отношений;
- повышение способности к наблюдению.

Очевидно, что перечисленные задачи, совершенно различны и по содержанию и по содержанию, и по структуре, и по методам их решения. Поэтому важнейшей характеристикой родительских групп является на наш взгляд плюрализм методов, который дает возможность применить большое количество терапевтических методов и средств в процессе терапии.

Поэтому в рамках модели психологического консультирования и общих принципов транзактного анализа могут быть широко использованы следующие методы:

- методы, по изменению привычного мышления;

- методы, направленные на познание происходящего;
- методы поддержки и помощи;
- методы, направленные на снятие напряжения;
- методы, вызывающие эмоциональные переживания и чувства;
- методы изменения поведения.

Данный список может быть продолжен. Однако важна не его завершенность, а общий подход к проблеме: участники группы должны научиться гибко строить свое поведение. В широком смысле речь идет о развитии у родителей способности к «экзистенциальному творчеству», становление которого – реальный шанс на то, что родители не станут невольными соучастниками самоубийства их ребенка. Что касается профилактической работы с массовой родительской аудиторией, то мы рассматриваем ее не только как основную форму просвещения родителей и сообщение или достоверной информации о наркотиках, способах приобщения к ним детей, признаках наркотизации и т.п. Мы полагаем, что работа с родительской аудиторией может выступать как особая форма коррекции семейных отношений и снижения наркориска.

Одной из форм такой работы, хорошо зарекомендовавшей себя, является кинотерапия, заключающаяся в просмотре специально подобранного художественного фильма с его последующими обсуждениями. Сеансы кинотерапии вызывают высокую заинтересованность и позволяют успешно решать задачу привлечения проблемных семей к участию в профилактических программах.

Очевидно, что добиться сколько-нибудь значительных результатов возможно, если реализуются различные формы работы с семьей, позволяющие гибко сочетать психологические методы работы и привлекать специалистов разных сфер социальной практики.

Учебные вопросы и задания:

1. Какие особенности семьи повышают риск наркотизации?
2. В чем может заключаться метафорический смысл наркомании в проблемных семьях разного типа?

3. В чем заключаются основные сложности в работе с проблемными семьями и семьями, в состав которых входит подросток, употребляющий наркотики?

4. Дайте развернутую характеристику различных форм работы с семьей по профилактике наркомании у детей?

5. Раскройте психологический смысл общих принципов работы с семьей по профилактике наркомании?

6. Опишите типичные для родителей подростков из группы риска особенности поведения в родительских группах.

Темы рефератов:

1. Динамика семьи на разных этапах наркотизации.
2. Влияние семьи на динамику наркомании у подростка.
3. Созависимость в семье.
4. Формы и методы работы с семьей по профилактике наркомании.

Литература:

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости: Монография. – М.: «МПА», 2001.

2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Серебрякова М.Е. Подростковый наркотизм: семейные предпосылки. – Самара: «Самарский университет», 2001.

3. Берьесон Б. Терапия. Семейная терапия с родителями, страдающими алкоголизмом / Пер. со шведского Ю. Колесовой. – СПб.: «Институт раннего вмешательства», 2002.

4. Битти М. Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / Пер. с англ. – М.: Физкультура и спорт, 1997.

5. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб.: «Речь», 2004.

6. Зинченко О.П. Особенности психического развития младших sibсов в семьях наркотизирующихся подростков. Автореф. канд. диссер. – Калуга, 2004.

7. Зорина Л.М. Созависимость и пути ее преодоления. – Казань: ЗАО «Новое знание», 2002.

8. Майтова В.М., Майтова О.В. Исповедь матери бывшего наркомана. – М.: «Советский спорт», 2000.

9. Макеева А.Г. Все цвета, кроме черного: семейная предпосылка наркотизма: книга для родителей / Под ред. М.М. Безруких. – М.: «Просвещение», 2005.

10. Научно-методические основы первичной профилактики детской наркомании: для работников центров социальной помощи семье и детям. – М.: «Государственный НИИ семьи и воспитания», 2000.

11. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного социально-психологического исследования) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: «Самарский университет», 1998.

12. Психологические основы профилактики наркомании в семье / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001.

13. Смит Э.У. Внуки алкоголиков. Проблемы взаимозависимости в семье: книга для учителя. – М.: «Просвещение», 1991.

14. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. В 2х т.. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999.

15. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.

ГЛАВА 3. ДИНАМИКА БОЛЕЗНИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ РАЗНЫМИ ВИДАМИ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ.

§ 1. Употребление опия

а). Опийное опьянение

Первая фаза опийного опьянения, наряду с особенностями, привносимыми каждым конкретным веществом, имеет ряд общих черт. При внутривенном введении опиоидов у потребителя наркотиков в течении нескольких секунд в области поясницы и/или живота возникает чувство тепла и приятного раздражения, поднимающееся волной вверх, к голове: «теплая волна ударяет в голову». Это сопровождается следующими ощущениями: «воздушным поглаживанием», «легким покалыванием» кожи, лицо «горит», появляется сухость во рту, зуд кончика носа, подбородка и лба. У части потребителей наркотиков наблюдается тошнота и рвота вследствие прямого действия опиоидов на рвотный центр. По отзывам пациентов, тошнота и рвота, вызванные опиоидами, переносятся гораздо легче, чем при иных отравлениях.

В большинстве случаев первая фаза опьянения опиоидами сопровождается эмоциональным подъемом, «грудь распирает от радости», голова становится «легкой», появляется чувство обострения восприятия, «прозрения»: «мыслей нет, есть только ощущения». Объективно наблюдается покраснение кожи лица, сужение зрачков, веки приопущены, рот приоткрыт или сложен в «улыбку блаженства». Дыхание поверхностно, иногда ненадолго прерывается.

Наблюдается общая двигательная заторможенность, наркотикующийся субъект замирает, порой, не успев извлечь иглу из вены или сразу после ее извлечения. Это состояние, длящееся от нескольких секунд до нескольких минут, пациенты называют «приходом», «подъемом» или «вставлением» (существуют и другие менее распространенные жаргонные названия).

Первая фаза опийного опьянения особенно остро переживается при употреблении *героина*. При употреблении *кодеина* первая фаза опьянения выражена слабее. Лица, имеющие опыт наркотизации, сообщают о зуде кожи лица, кожи за ушами, шеи и

верхней половины туловища в этой фазе опьянения. Именно для «смягчения» указанных нежелательных явлений субъекты, употребляющие кустарные вытяжки из маковой соломки или кодеин, добавляют в инъекционный раствор антигистаминные препараты, а иногда и бензодиазепины. При употреблении загрязненных кустарных вытяжек появляется озноб, который сопровождается генерализованным тремором и повышением температуры.

Вторая фаза определяется видом опиоидного наркотика и, по сравнению с первой фазой, в меньшей степени зависит от пути введения наркотика.

При введении морфина или героина потребитель наркотиков испытывает состояние «благодухной истомы», «ленивого довольства». Какие-либо желания, стремления исчезают. Наркотизированный субъект стремится к уединению. Посторонние резкие звуки и, особенно, обращенная к пациенту речь раздражают его, поскольку мешают насладиться состоянием блаженства, «ломают кайф». Появляются иллюзии, грезоподобные фантазии.

При введении *морфина* или *героина* отмечается нарастающая бледность и сухость кожных покровов иных участков тела. Опьяневший вял, малоподвижен.

Вторую фазу опьянения морфином или героином пациенты обычно называют «таской», «тягой» или «волокушей». Ее продолжительность составляет 3-4 ч.

При приеме *кодеина* вторая фаза действия наркотика качественно отличается от описанной выше. В этом случае первая фаза опьянения переходит в состояние психического и физического возбуждения, напоминающей состояние алкогольного опьянения. Наркотизированный оживлен, смешлив, дурашлив. Речь громкая, быстрая, непоследовательная. Благодухие легко сменяется раздражением.

По мере развития опьянения сноподобное помрачение сознания во второй фазе опьянения морфином или героином углубляется и, если окружающая обстановка не препятствует этому, наступает сон, который представляет собой уже следующую, третью фазу опьянения. Кодеин сна не вызывает.

Третья фаза – это сон. Данная фаза выражена при опьянении морфином и героином. Она отсутствует при опьянении кодеином.

Развитие третьей фазы опьянения мало зависит от пути введения наркотика. Сон в состоянии морфиновой и героиновой интоксикации поверхностный и легко прерывается даже незначительными по силе раздражителями, однако, также легко наступает снова. Во время наркотического сна, вызванного опиоидами, наблюдаются быстрые движения глазами, как это бывает во время сновидений. Действительно, разбуженный пациент, как правило, сообщает о том, что видел сны, но их содержание часто передать затрудняется.

Продолжительность сна при неосложненной опиоидной интоксикации равна 2-4 ч.

Четвертая фаза опиоидного опьянения непостоянна и наблюдается лишь у некоторых пациентов. Эта фаза характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Бывает тошнота, головокружение, рвота, мелкий тремор рук, век, языка. Указанные явления особенно часты, выражены и продолжительны при употреблении кустарных вытяжек из маковой соломки, что обусловлено высоким содержанием в них токсических примесей.

Сужение зрачка, являющееся наиболее постоянным признаком интоксикации опиоидами на протяжении первых трех фаз опьянения, в четвертой фазе выражено слабо.

Продолжительность четвертой фазы опиоидного опьянения, фазы последствия наркотика, составляет от нескольких десятков минут до полутора суток.

б). Опиоидная зависимость

К моменту начала этого периода заболевания фазность в развитии наркотического опьянения практически полностью вырождается. Наблюдается преобразование седативного воздействия наркотика в исключительно стимулирующее.

В первой стадии заболевания больные спят мало, сон поверхностный, но чувства недосыпания нет. Особенно мало спят лица, употребляющие кодеин. Больные спят днем и бодрствуют ночью. На фоне в целом подавленного аппетита предпочтение отдается сладкой и жирной пище. Со временем появляется задержка стула на несколько дней, при простудах отсутствует ка-

шель. Начинается рост толерантности к опиоиду, что находит свое отражение в снижении собственно психотропного действия прежней дозы. Соответственно потребляемые дозы начинают повышаться, что дает качественно прежний эффект.

Длительность первой стадии заболевания при употреблении разных опиоидов различна: до 4 недель – при героинизме, до 3 месяцев при морфинизме, до полугода – при кодеинизме. Длительность стадии определяется не только видом опиоида, но и способом его употребления. Она короче при внутривенном введении и продолжительней при иных способах употребления.

Вторая стадия заболевания представлена полностью сформированным синдромом психической зависимости. Наркотизация регулярна, формируется индивидуальный ритм введения. Толерантность, постепенно продолжая повышаться, достигает чрезвычайно больших значений. При перерывах в наркотизации толерантность снижается. Многие больные поступают на лечение только с этой целью – добиться возможности получать прежние ощущения на малых дозах. На жаргоне наркоманов это называется «омолодиться».

Изменяется форма опьянения. Исчезает физиологический эффект. Нормализуется диурез и стул, при простудах наркоман кашляет, и противокашлевый эффект опиатов не проявляется. Исчезает зуд при приеме кодеина (четкий рубеж второй стадии). Ритм сна вновь становится таким, как до начала заболевания. Однако это изменение действия морфия не универсально.

Происходят радикальные изменения в собственно наркотическом эффекте опиоидов. Чтобы компенсировать произошедшие изменения и хотя бы на короткий момент воспроизвести прежнее состояние, больные принимают специальные меры. Они стремятся употреблять наркотик в тепле, часто – еще в постели или зайдя в теплое помещение. Пьют горячую воду, садятся в теплую ванну.

Помимо новой формы потребления, меняющейся формы опьянения и высокой толерантности к наркотику формируется синдром физической зависимости.

Влечение при зависимости от опиоидов отличается более высокой интенсивностью, чем при алкоголизме, гашишизме и злоупотреблении снотворными. Появившееся компульсивное влече-

ние определяет с этого момента всю дальнейшую жизнь наркомана, не оставляя, по существу, места ничему другому. Опийное опьянение не сопровождается утратой контроля за количеством потребляемого наркотика. Вот почему передозировка при употреблении опия возникает лишь по недоразумению или вследствие несчастного случая, и никогда в результате сознательных повторных введений нарастающих доз наркотика в ходе текущего сеанса наркотизации. Способность больных опиоманией ограничивать себя дозой, достаточной для получения желаемого эффекта, говорит о сохранности функции контроля – высшей функции сознания.

Для больных опиоманией характерны слабость психических функций, затруднение мобилизации, концентрации внимания, неспособность к напряжению для выполнения продолжительного задания. Однако качество мышления при должной степени сосредоточения остается высоким. Вообще лица, употребляющие очищенные опиоиды, в течение многих лет наркотизации остаются интеллектуально сохранными, практически отсутствуют признаки органического снижения интеллекта. Что касается лиц, употребляющих кустарные вытяжки из маковой соломки, то у них признаки органического снижения интеллекта появляются относительно рано за счет содержащихся в кустарных вытяжках токсических веществ.

Длительность второй стадии опиомании со времени появления синдрома физической зависимости — 5—10 лет.

На третьей стадии действие наркотика становится прочно извращенным, тонизирующим. Вне интоксикации больной апатичен, вплоть до утраты способности передвигаться. Эйфория в интоксикации, без дополнительной наркотизации иногруппным наркотиком, практически невозможна.

Физическая зависимость от наркотика в третьей стадии заболевания также меняет свое качество. Опиоиды оказывают успокаивающий эффект во второй стадии заболевания и тонизирующий, активирующий в третьей.

На первый план выступает состояние вялости, апатии (а не напряженности и беспокойства, как во второй стадии), а также депрессия, которая утрачивает напряженность, выглядит более

глубокой, более длительной. Чувство безысходности и безнадежности окрашивает слова и поступки. Часты суицидальные мысли. Больные не навязчивы с жалобами, как больные второй стадии, не требовательны, иногда плачут. Минуя кризис в течение синдрома отмены, становятся собраннее, подвижнее. Начинают следить за своим внешним видом, курить, общаться с персоналом и другими больными. Настроение выравнивается, но часты колебания. Однако аппетит восстанавливается медленно. Если больные во второй стадии достаточно быстро набирают утраченный ранее вес тела, то у больных в третьей стадии аппетит только нормализуется, наращивание веса происходит медленно, несмотря на специальные медикаментозные назначения.

После полной ликвидации синдрома отмены больной еще не чувствует себя совершенно здоровым, как это бывает у пациентов во второй стадии. Он плохо ест, слаб физически, ему трудно приступить к работе, «лень, ничего не хочется делать», быстро устает. Внимание его легко истощается. Настроение колеблется, общий фон настроения снижен. Это состояние длится до 4—6 месяцев, но и затем работоспособность остается низкой, утомляемость высокой, настроение переменчивым на общем пониженном фоне, интересы скудны. Рецидив определяется или желанием «восстановить работоспособность», «ожить», или внезапно возникшим компульсивным влечением. Часты рецидивы и под влиянием среды.

в). Синдром отмены опиоидов

Первая фаза синдрома отмены включает признаки психической зависимости, влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности. Кроме того, появляются первые признаки вегетативных расстройств: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, временами — пилоэрекция («гусиная кожа»). Исчезает аппетит и, если это состояние развивается в вечерние и ночные часы, больной не может заснуть. Первая фаза синдрома отмены появляется через 8—12 ч после последней инъекции наркотика.

Первой фазой синдром отмены может ограничиваться в том случае, если стаж наркотизации невелик (1—4 недели в зависи-

мости от вида опиоида). Если больной вынужден прервать наркотизацию, синдром отмены ограничивается вышеописанными явлениями, проходящими в течение 3—5 дней. При продолжении наркотизации происходит дальнейшее формирование синдрома отмены – появление второй и последующих его фаз.

Для **второй фазы** синдрома отмены характерны: озноб, сменяющийся чувством жара, приступы потливости, слабости и практически постоянная пилоэрекция («гусиная кожа»). Сначала в мышцах спины, потом – ног, шеи и рук, появляется ощущение неловкости, неудобства. Мышцы тела напряжены и ощущаются болезненными, как онемевшие, «как нога, когда ее отсидишь». Возникает желание потянуться, больные становятся двигательно-беспокойными.

Во второй фазе синдрома отмены опиоидов появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах, усиливающаяся в начале еды, когда больной пытается поест, или при мыслях о еде. Во второй фазе симптомы первой фазы не исчезают, а, напротив, усиливаются. Зрачки остаются широкими, кайма радужки – узкой. Чиханье учащается. По словам некоторых больных, «чихаешь по 50—100 раз за раз». Зевота интенсивна, «сводит челюсти». Слезотечение продолжается, появляется и слюнотечение. Симптомы второй фазы достигают своего наибольшего развития к середине вторых суток отмены.

Третья фаза синдрома отмены характеризуется субъективно самым тяжелым симптомом: мышечными болями, которые появляются обычно на вторые сутки с момента прекращения наркотизации. Мышцы спины, конечностей, реже – шеи, «сводит», «тянет», «крутит». У небольшой части больных бывают судороги периферических мышц (икроножных, стопных и пр.) типа «кramпи». Потребность двигаться высока. В начале движения болезненные мышечные ощущения ослабевают, но потом становятся еще более тяжелыми. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают, вновь ложатся, крутятся в постели. Больные напряжены, настроение становится тоскливо-злобным и, как правило, депрессивным, с переживаниями безнадежности и отсутствия перспективы. Тревожность при чистой зависимости от опиоидов обычно не наблюдается. Помимо мышечных болей и аффекта на-

пряженной, тоскливо-злой депрессии, третья фаза характеризуется наивысшим развитием симптомов двух предыдущих фаз. Исключение составляет лишь изменение влечения к наркотику, которое становится компульсивным (насильственным).

Четвертая фаза синдрома отмены опиоидов развивается на третьи сутки с момента прекращения наркотизации. Вначале появляются боли в животе-кишечнике. У некоторых больных к болям в животе спустя несколько часов присоединяется рвота. Характерный признак четвертой фазы – сопровождаемая тенезмами диарея. Обычно диарея появляется сразу или спустя несколько часов после болей в животе, но иногда ее развитие запаздывает и наступает лишь на 4-5 сутки с момента прекращения наркотизации.

По достижении четвертой фазы синдром отмены опиоидов выражен полностью и сохраняет эту полноту в течение 5–10 дней.

Некоторые больные, вводившие опиоиды внутривенно, испытывают в апогее синдрома отмены жестокий зуд по ходу подкожных вен («хочется зубами вырвать вены»).

Учебные вопросы и задания

1. Назовите основные признаки употребления опиоидов.
2. Назовите основные характеристики стадий опиоидного опьянения.
3. Назовите основные изменения в психике и поведении потребителя опиоидов.

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.

4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
6. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. – Медгиз, 1956.
7. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

§2. Употребление каннабиноидов

а). Опьянение каннабиноидами

Первая фаза действия каннабиноидов не обязательна, но наблюдается в подавляющем большинстве случаев начала употребления. Восприятие внешних раздражителей обостряется. Появляется настороженность, подозрительность, тревожность, пугливость, а в ряде случаев – безотчетный страх. При этом никакой угрозы своему телесному благополучию человек не ощущает. Это состояние тревоги в начале опьянения ни во времени, ни по своему содержанию не совпадает с теми рассудочными, слабо окрашенными эмоциональными опасениями за свое здоровье, которые возникают на высоте иллюзорных расстройств у случайно употребившего каннабиноиды человека. Следовательно, такой эмоциональный сдвиг у части начинающих потребителей каннабиноидов можно рассматривать как первую фазу последовательно развивающихся эмоциональных нарушений, свойственных опьянению этими психотропными веществами.

В первой фазе опьянения каннабиноидами наблюдается головокружение, кратковременное чувство, что «перед глазами поплыло». Зрачки расширяются, лицо краснеет, во рту сохнет, может появиться дрожь в руках, парестезии, чувство тепла и тяжести в конечностях. Продолжительность первой фазы опьянения каннабиноидами 5-10 мин.

Вторая фаза опьянения каннабиноидами наступает с появлением расслабления, легкости, благодушия. В этой фазе, спустя 10-20 минут от начала курения, к эмоциональному сдвигу присоединяются расстройства восприятия, мышления и сознания, а также изменение соматических функций.

Нарушается восприятие пространства, освещенности и размеров объектов, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела.

Закономерность расстройств восприятия заключается, в том, что характер проявления этих расстройств индивидуален. Во-первых, для каждого курящего свойственно преобладание иллюзий того или иного вида – зрительных или слуховых, простран-

венных или временных. Во-вторых, сохраняется характер иллюзий: если при первом употреблении каннабиноидов цвета казались тусклыми, то и при последующих интоксикациях сохраняется такое же восприятие. В-третьих, некоторые больные рассказывают, что им свойственна последовательность вида и качества иллюзий в течение каждого опьянения. В начале кажется, что события разворачиваются медленно, а потом – ускоряются; или вначале цвета воспринимаются насыщенно, «блистающе», а спустя какое-то время они тускнеют и мрачнеют. Кроме того, каждый привычный потребитель каннабиноидов может ответить на вопрос: что появляется в начале опьянения (иллюзия цветов, звуков, расстройство схемы тела или восприятия пространства), что обыкновенно присоединяется после. Такая последовательность у него, как правило, сохраняется.

Мышление по мере наступления интоксикации приобретает эмоциональное содержание, меняется в своем качестве и темпе. Мышление связано с эмоциональными переживаниями: иногда страха (в начале или при передозировке), но чаще – благодушия. Соответственно меняется оценка текущих событий, а также событий прошедших и ожидаемых. Легкость решений, беспечность и безответственность в действиях наркотизировавшегося свидетельствуют не только об эмоционально положительном фоне, но и о поверхностности мышления, падении способности предвидения.

Вскоре мышление утрачивает последовательность и становится отрывочным, одномоментным: перерабатываются внешние, случайные впечатления.

С началом эмоционального расслабления, легкости во второй фазе опьянения каннабиноидами, появляется «масляный» блеск глаз, учащается пульс, поднимается артериальное давление. Развивается жажда, но опьяневшие пьют только горячую воду, так как холодная отрезвляет так же, как еда. Уже на этом этапе появляется чувство голода, которое намеренно не утоляется.

Третья фаза опьянения каннабиноидами характеризуется парадоксальностью восприятия, эмоциональной спутанностью, хаотичностью переживаемых чувств. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности. Эта бессвязность может иметь и элементарное бредовое содержание, если

сочетается с аффектом страха и галлюцинациями. Можно думать, что бред здесь вторичен, ибо качество мышления не позволило бы развить и оформить бредовую идею.

В интоксикации каннабиноидами интеллектуальная продукция диктуется восприятием и аффектом и ограничивается представлениями, не поднимаясь до уровня умозаключений. Отличием опьянения каннабиноидами от опьянения алкоголем или снотворными служит оживление функций подкорковых образований. В алкогольной интоксикации и интоксикации снотворными наблюдается прогрессирующее торможение этих областей, достигающее до выключения жизненно важных, анимально-вегетативных систем.

В третьей фазе наркотического действия каннабиноидов может появиться резкая бледность, температура тела падает, кожные покровы холодные, на лбу, руках иногда появляется пот. Двигательное оживление сменяется вялостью, а затем может последовать двигательное возбуждение. Речевая продукция бессвязна. Голод, жажда нарастают.

В **четвертой фазе** опьянения каннабиноидами наблюдается спад возбуждения, характеризующийся бледностью, вялостью, слабостью, тахикардией. Больной, наконец, позволяет себе поесть и может поглотить огромное количество пищи: 2 буханки хлеба, кастрюлю супа и пр. Много пьет, предпочитая сладкое. На выходе сознание ясное, хотя отмечается медлительность, заторможенность, апатия. Вскоре, если ничто этому не препятствует, наступает беспокойный, со вздрагиваниями и бормотанием, сон, который может длиться до 10-12 ч. После пробуждения сохраняется булимия и жажда.

б). Зависимость от каннабиноидов

В **первой стадии** заболевания наркотического опьянение выглядит почти так же, как у лиц, употребляющих каннабиноиды впервые. Если потребление становится систематическим, больной активно ищет свой наркотик и покупает его, не считаясь с ценой. Исчезают возможные защитные реакции на передозировку: тошнота и головокружение.

Синдром психической зависимости в первой стадии представлен влечением к наркотику как к средству, дающему эйфорию, и беспокойством, неудовлетворенностью в его отсутствии. Теперь больной понимает, что опьянение — единственное для него возможное состояние психического довольства. Но пока еще в состоянии опьянения каннабиноидами больной психически дисфункционален, поскольку симптом возможности психического комфорта в интоксикации не получил полного развития. Длительность первой стадии гашишизма — 2-5 лет.

На **второй стадии** наблюдаются дальнейшие изменения формы опьянения. Теперь изменяется депрессирующий эффект наркотика. С развитием болезни на протяжении второй стадии депрессирующий эффект каннабиноидов окончательно исчезает.

В интоксикации больной второй стадии испытывает только очень краткое первоначальное психосоматическое расслабление. В дальнейшем он собран, приподнят, смешлив, двигательно активен, работоспособен. Темп мышления ускорен. Опьянение длится теперь 1-1,5 ч, после чего наступает снижение тонуса, работоспособности, интереса к окружающему. Таким образом, общее состояние больного указывает на то, что произошел переход действия наркотика с седативного на стимулирующий.

Расстройства восприятия во второй стадии также менее выражены, чем ранее. Однако ритм сна во второй стадии заболевания восстанавливается: больные активно бодрствуют днем, а спят только ночью. Но для засыпания им необходимо увеличить дозу. Увеличенная доза, подействовавшая в определенное время, вызывает сон.

Вскоре интоксикация становится необходимым условием и физического комфорта, поскольку способность к физической нагрузке вне опьянения также падает. Вне интоксикации больной расслаблен, несобран, нетрудоспособен психически. Длительность второй стадии гашишизма — 5-10 лет.

Третья стадия развивается к концу десятилетия постоянной наркотизации. Падает толерантность, наркотик оказывает лишь тонизирующий эффект, вне интоксикации больной анергичен, форма потребления систематическая или периодическая, «запойная».

Последствия гашишизма и осложнения наркотизации в третьей стадии достигают наибольшего выражения, и этим определяется состояние больных в большей мере, чем фактор самой наркотизации. Поэтому третью стадию в полной мере можно назвать стадией осложнений наркотизации.

Учебные вопросы и задания

1. Назовите основные признаки опьянения каннабиноидами.
2. Назовите основные характеристики стадий опьянения каннабиноидами.
3. Какие изменения в психике и поведении наблюдаются у постоянных потребителей каннабиноидов?

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
6. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. – Медгиз, 1956.
7. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

§3. Употребление кокаина

а). Опьянение от кокаина

Первая фаза опьянения кокаином вызвана быстрым нарастанием концентрации препарата в крови и поэтому наблюдается при курении крэка или при внутривенном введении наркотика, но отсутствует при его приеме внутрь. Ощущается как «мгновенное блаженство», «восторг», «прозрение». Резко обостряется восприятие. Окружающие предметы приобретают неестественно яркую окраску, звуки – необычайно богатый тембр и остроту. На фоне острого состояния блаженства возникают изменения проприоцептивности: легкость тела, «ощущение полета», «ощущение необычайного прилива физических и душевных сил», «приятные вибрации во всем теле».

В первой фазе опьянения кокаином больные, особенно недавно начавшие наркотизацию, выглядят совершенно ошеломленными от нахлынувших на них впечатлений. Они замирают, сосредоточенно прислушиваясь к своим ощущениям. Первая фаза длится лишь несколько секунд, однако сами больные часто затрудняются описать ее длительность, поскольку восприятие времени в ней нарушено.

Во **второй фазе** действия кокаина больные несколько адаптируются к обрушившимся на них ощущениям и обретают способность двигаться. Внимание человека, употребившего кокаин, по-прежнему сконцентрировано на чувственных переживаниях, окружающее не воспринимается. Сохраняется чувство легкости и способности к полету. Последнее обстоятельство таит в себе серьезную угрозу непреднамеренного самоубийства, поскольку некоторые пациенты пытаются немедленно опробовать эту новую для себя способность на практике и выпрыгивают из окон. Желание осуществить «полет» вызревает внезапно, и присутствующие при наркотизации такого субъекта люди обычно ничего не успевают предпринять. Продолжительность второй фазы опьянения обычно равна нескольким минутам.

В **третьей фазе** опьянения кокаином сохраняется характерная яркость восприятия. Окраска окружающих предметов по-прежнему необычайно насыщена, взгляд наркотизировавшегося

фиксирует мельчайшие детали обстановки, приобретающие четкость и контрастность.

Настроение бодрое, приподнятое, «грудь распирает от счастья». Однако у некоторых пациентов возможны тревога, страх и даже дисфорические состояния, но обычно эти неприятные переживания исчезают по мере развития зависимости. Опьянившиеся кокаином испытывают прилив сил, потребность в деятельности, в том числе творческой. Чувство повышенной физической силы, выносливости и уверенности в движениях частью чисто субъективно, частью соответствует действительному кратковременному подъему.

Мышление характеризуется субъективным переживанием облегчения в течении мыслей, самое направление которых одновременно становится неустойчивым и целиком определяется окружающей обстановкой.

Ощущение «интеллектуального могущества», «богатство мыслей» на высоте опьянения кокаином всегда обманчиво и в действительности сводится к воспроизведению старого материала, в котором часто недостает логической связности. «Творческая продукция» лиц, находящихся в состоянии кокаинового опьянения, обычно вызывает досаду и раздражение у самих создателей сразу же после отрезвления.

Третья фаза отличается избыточной моторной активностью с резкими, размашистыми движениями, неточностью координации, особенно тонких движений. Третья фаза кокаинового опьянения длится до полутора часов.

Четвертая фаза начинается с восстановления объема сознания. Эйфория угасает. Восприятие внешнего мира все еще насыщено и ярко, но субъективная оценка этого восприятия меняется – оно кажется раздражающе избыточным.

Ощущение физического и интеллектуального могущества исчезает и сменяется упадком сил. Состояние упадка сил, даже после однократного употребления кокаина, может длиться нескольких дней. Этот период также характеризуется нарушениями сна, аппетита, либидо и потенции.

б). Зависимость от кокаина

В **первой стадии** болезни влечение к кокаину уже вполне сформировано и весьма интенсивно. Отличительной чертой злоупотребления психостимуляторами является то, что растут не разовые, а суточные дозы, за счет дальнейшего учащения приема наркотика. Движущей силой этого процесса является укорочение времени действия каждой введенной порции кокаина.

Уже в первой стадии болезни формируется «псевдозапойный», циклический стиль употребления кокаина. Во время кутежей больные кокаином почти автоматически принимают препарат каждые 10-30 минут, этот процесс часто ускоряется при легкой доступности наркотика и использовании интенсивных методов введения (внутривенное введение, курение крэка). Ощущения сильной эйфории в состоянии опьянения контрастируют с дисфорией в период после кутежа, вызывая страстное желание получить следующую дозу.

После того, как состояние кокаинового опьянения достигает своего наивысшего уровня, начинается фаза физического и психического расслабления, «реакция». Кокаинист начинает чувствовать необыкновенную усталость и безволие при полном отсутствии потребности во сне. Он кажется себе как будто пораженным параличом, будто «заживо погребенным». Настроение его в этом периоде то выражается в самобичевании, обещаниях навсегда отказаться от кокаина, то сводится к полной душевной пустоте, иногда же выливается в форму тяжелого угнетения и тоски. Нужно много времени, чтобы эти страдания кокаиниста закончились, и он нашел забвение в тяжелом сне. Проспавшись, он обыкновенно освежается и к вечеру следующего дня снова готов прибегнуть к привычному средству.

Кокаинисты, в среднем, имеют от одного до семи таких «погружений» в неделю, каждое из которых длится от 4 до 24 часов, и все их мысли сконцентрированы на кокаине. Удовольствия, радости, не связанные с опьянением, утрачивают субъективную ценность. Длительность первой стадии – 1–1,5 месяца.

Суточная толерантность во **второй стадии** заболевания достигает очень высокого уровня. Рост переносимости проявляется, главным образом, в дальнейшем сокращении последствия ра-

зовой дозы. Это позволяет еще больше учащать инъекции. Описаны случаи введения кокаина каждые 10 минут. Ни при одной форме наркомании не обнаруживается такого количества следов инъекций, подобно сыпи, как при наркомании стимуляторами.

Происходит дальнейшее изменение и характера опьянения: сокращается длительность эйфории и ослабляется яркость переживаний. Разговорчивость, жажда многосторонней деятельности, сменяются целенаправленной деятельностью, каким-либо одним занятием (рисование, писание стихов, уборка квартиры). Четвертая фаза опьянения уже не несет черты того психофизического опустошения, что было в первой стадии. Теперь все чаще преобладают черты дисфории.

При сроках злоупотребления более года больные отмечают повышенную «хрупкость» эйфории – она легко исчезает от внешних воздействий (обращение к больному с просьбой, постоянным разговором). При сроках злоупотребления более двух лет отмечается возможность долгое время заниматься одним делом в состоянии опьянения, трудность переключения на новое занятие. Раздражительность, грубость и злобность с течением времени проявляют себя и в опьянении, которое теряет свои привлекательные черты и сводится к нормализации самочувствия.

Цикличность потребления кокаина стабилизируется. Как правило, каждый больной знает характерную продолжительность своего «запоя».

В третьей стадии развития болезни цикличность употребления кокаина сохраняется, но циклы укорачиваются, и количество потребляемого наркотика сокращается. Показатели приближаются к тому, что было у больного в первой стадии заболевания.

При этом действие наркотика вновь изменяется. В опьянении теперь крайне слабы какие-либо соматические ощущения. Психическое возбуждение незначительно, так же как и двигательное. Подъем настроения непостоянен, иногда инъекция вызывает раздражительную злобность или тревогу, опасливое напряжение. Но необходимость наркотизации диктуется потребностью «собраться», «ожить», «начать двигаться», а также грозящим синдромом отмены. В опьянении наркомана третьей стадии рельефно проявляется наступившая к этому времени деградация. Речь становится

вязкой, медленной, лишенной какой-либо продуктивности. Столь же непродуктивна и моторная деятельность.

Прекращается прием наркотика из-за психической и физической невозможности дальнейшей интоксикации – вместо эйфории начинают появляться взбудораженность, пугливость, страхи. Появляется паранойяльная настроенность: больным кажется, что за ними придет милиция, что их преследуют, за ними следят, они слышат шум, звуки крадущихся шагов. Зрительных обманов восприятия не бывает. Прилива сил в интоксикации уже нет – нарастает физическая усталость, вялость, апатия, стойкая бессонница. Для снятия этого состояния больные принимают седативные или снотворные средства с тем, чтобы быстрее заснуть. Без седативных средств сон не наступает, но и после пробуждения состояние не улучшается.

На 2 – 4 день воздержания от употребления наркотика резко усиливается влечение к кокаину, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, злобностью, на любое обращение больной отвечает грубостью, все окружающее вызывает отвращение, фон настроения значительно снижен. Еще через 2 – 3 дня на первый план выходят апатия, вялость, сниженное настроение. Больные отмечают, что жизнь представляется им потерянной, ничто не радует, окружающее кажется бессмысленным и неинтересным. Отмечается резкая физическая слабость. Через 7 – 10 дней состояние больных улучшается, но еще на протяжении 2 – 3 недель сохраняются вялость, сниженный фон настроения, быстрая утомляемость, невозможность активной концентрации внимания, раздражительность. Для облегчения состояния отмены больные начинают принимать седативные и снотворные средства, что часто становится первым шагом на пути смены типа наркотизма.

Учебные вопросы и задания

1. Назовите основные признаки опьянения кокаином.
2. Опишите общую динамику кокаиновой наркомании.
3. Какие изменения в психике и поведении наблюдаются у постоянных потребителей кокаина?

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
6. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. – Медгиз, 1956.
7. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

§4. Употребление ЛСД и родственных ему галлюциногенов

Первая фаза опьянения ЛСД и родственными ему галлюциногенами развивается в течение 5-10 мин после употребления этих препаратов. Появляются признаки симпатомиметического действия галлюциногенов: тахикардия, повышение кровяного давления, мидриаз, повышение температуры тела. Другие соматические эффекты, такие, как тошнота, головокружение, тремор, слабость и нарушение координации, также развиваются в первой фазе опьянения. Напряженность и чувство тревоги, обусловленные быстрым появлением соматических симптомов, могут привести к эмоциональным аффектам, например, к неконтролируемому смеху или плачу.

Вторая фаза опьянения ЛСД и родственными ему галлюциногенами характеризуется развитием их собственно психотропных эффектов. Они обычно появляются приблизительно через 15-20 мин после приема препарата и характеризуются чрезвычайным разнообразием и даже противоречивостью.

Наблюдаются колебания настроения, искажения восприятия окружающей обстановки, нарушения процесса мышления и поведенческие нарушения. Опьянение ЛСД и родственными ему галлюциногенами в этой фазе нередко сопровождается бредом отношения, чувством неуязвимости и «выпадения» из потока событий реального мира на фоне эйфории. Примечательно, что вызванная ЛСД эйфория практически не включает соматический компонент удовольствия, а переживаниям даже сильных аффектов не соответствует двигательная активность. Блаженство и восторг переживаются с застыванием. Больные замирают, устремив неподвижный взгляд в одну точку пространства.

Порой ускорение темпа мышления, вплоть до неконтролируемого наплыва мыслей, может приводить к значительному эмоциональному дискомфорту, сопровождающемуся глубокой тоской.

В некоторых случаях после приема ЛСД могут развиваться реакции, при которых пациенту потребуются немедленная психиатрическая помощь. К ним относятся: выраженное психомоторное возбуждение, агрессивность, суицидальные мысли или попытки,

возникновение опасных ошибочных суждений, например, убеждения в том, что человек может летать.

В третьей фазе на протяжении второго – третьего часа с момента употребления этих галлюциногенов появляются зрительные иллюзии. Нарушается восприятие формы видимых предметов, яркости освещения и цвета окружающих объектов.

Возникают псевдогаллюцинации. Скользящие эйдетические образы начинают свое движение перед внутренним взором опьяневшего как только он закрывает глаза. Весьма характерны «зрительные персеверации» – стереотипные повторения одних и тех же зрительных образов. Музыка, голоса, недифференцированные шумы звучат внутри головы. Но возможно появление и истинных, спроецированных во внешний мир галлюцинаций, обладающих чувственной живостью.

В третьей фазе опьянения развиваются синестезии – звуки «ощущаются», «видятся», цветовые оттенки «слышатся». Происходит инверсия «знака» ощущения – холодное кажется горячим, гладкое – шероховатым, колючим.

Нарушается внутренняя перцепция: ощущения схемы тела, размеров, расположения отдельных его частей вплоть до чувства отделенности конечностей, мозга, сердца и других органов от тела. Меняется восприятие времени, пространства, соотношения окружающих предметов, их формы, массы, плотности и текстуры. Теряется различие между болезненными представлениями и реальностью. Описаны переживания ужаса, витальной тоски, бессмысленности жизни, приступы неуправляемой агрессивности, случаи самоубийств и убийств во время опьянения и последующие несколько суток. Иногда же, наоборот, пациенты сообщают о пережитых ими в состоянии опьянения ощущениях «сверхсчастья», «близости к богу», «неизъяснимого восторга».

Наиболее глубокое поражение – нарушение сознания своей личности, которое можно представить как раздвоение, чуждость и даже потерю. Деперсонализация принимает иногда формы причудливые: ощущение себя лицом противоположного пола, неодушевленным предметом, существом, «рассеянным в планетарных лучах». Психические процессы приобретают автоматичность, становятся неуправляемыми, сноподобными. В представ-

лениях спонтанно всплывают, казалось бы, давно забытые переживания.

Четвертая фаза – это фаза обратного развития психотической симптоматики. Интенсивность симптомов интоксикации идет на убыль через 8-12 ч после приема галлюциногена.

Мир постепенно принимает обычные очертания. Восстанавливается ориентировка в месте, времени и в своей личности. Фон настроения в это время обычно снижен, иногда приобретает дисфорический или тревожный оттенок. Примечательно, что во многих случаях после интоксикации ЛСД, мескалином и псилоцибином, воспоминания о перенесенном многообразны, ярки и обильны. Это свидетельствует в пользу делириозного и онейрического, но не сумеречного типа изменения сознания во время интоксикации ЛСД-подобными галлюциногенами.

На выходе из опьянения ЛСД и родственными ему галлюциногенами наблюдается астения различной степени выраженности.

Учебные вопросы и задания

1. Что характеризует изменения психической деятельности в состоянии опьянения ЛСД?
2. Зная влияние ЛСД и других галлюциногенов на психику человека, дайте объяснение их использованию в религиозных и шаманских практиках.

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.

5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
6. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. – Медгиз, 1956.
7. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

§5. Употребление ингалянтов

Первая фаза опьянение ингалянтами напоминает алкогольное опьянение. Опьяневший ощущает приятный шум в голове, подъем настроения с предвкушением будущих впечатлений, приятные телесные ощущения теплоты, расслабленности конечностей. Сознание сужено, сконцентрировано на переживаниях. При повторении вдыхания наступает вторая фаза интоксикации.

Вторая фаза – фаза четко ощущаемого благодушного веселья, беспечности, двигательной и речевой расторможенности. Многие начинают смеяться, петь. Сознание утрачивает ясность, реальное окружающее воспринимается иллюзорно. Предметы меняют свою форму, пространственное соотношение, краски кажутся яркими, глубокими. Звуки искажаются, становятся необычными. Тело кажется легким, части его увеличенными или укороченными. Потребность в движении сохраняется, но координация нарушена, опьяневшие падают, теряют равновесие, потешаются друг над другом, все кажется им чрезвычайно забавным. Появляется дурашливость. Случаи агрессии редки. Обычно в начале злоупотребления вдыхания прекращаются на этой фазе из опасения, что может произойти что-то со здоровьем. Такая осторожность необычна для подростков, которые при употреблении других психоактивных веществ, например спиртных напитков нередко доходят до передозировки. После нескольких эпизодов наркотизации ингалянтами опасения исчезают, подростки приобретают способность дробными повторными приемами удерживать себя во второй фазе интоксикации или, увеличивая дозу, входить в следующую фазу опьянения, которую они называют «смотреть мультики».

Третья фаза опьянения ингалянтами отличается появлением наплыва галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»). Галлюцинации яркие, подвижные, часто мелких размеров. Их можно усилить и остановить лишь в самом начале. В дальнейшем они приобретают спонтанное движение. Опьяневшие говорят, что им их «показывают». Последовательность развития «наблюдаемых» событий воспроизвести трудно, однако часто стереотипно повторяются одни и те же сцены, один и тот же персонаж

(«свой глюк»). Слуховые, обонятельные, тактильные галлюцинации встречаются значительно реже. Слуховые обманы восприятия возникают чаще в форме – шумов, звонов, гудения колоколов, а также как изменение естественности звуков: необычности голосов, громкости тихих и отдаленности громких звучаний, странности их оттенков, тембра. У части опьяневших возникают сложные зрительные и тактильные галлюцинации: они видят ползающих, бегающих по их телу насекомых и мелких животных, при этом ощущая их прикосновения. Описаны своеобразные ощущения во рту: «зуб вращается», «выпадают челюсти». Данные расстройства, вероятно, следует считать нарушениями сенсорного синтеза.

В третьей фазе происходит отчуждение восприятия себя, своего тела. Опьяневшие видят со стороны отделившиеся части своего тела (часто мозг), видят свое тело изнутри. Психосенсорные расстройства разнообразны: кажется, двигаются стены, обваливается пол, иногда переживается чувство полета или падения. Все вокруг кажется иным, измененным. Иногда опьяневшие чувствуют себя в иных мирах, в космосе.

Четвертая фаза – это фаза выхода из опьянения ингалянтами. В ней наблюдаются вялость, «разбитость», затруднение сосредоточения. При употреблении высоких доз ингалянтов, на выходе из опьянения возможна головная боль, а также тошнота и рвота.

Общая продолжительность опьянения ингалянтами может составлять от нескольких минут (если опьянение ограничивается первыми двумя фазами) до нескольких часов. Но на выходе из интоксикации перенесшему ее человеку кажется, что времени прошло очень много. Практически полностью сохраняются воспоминания о пережитом. Это свидетельствует об относительно неглубоком помрачении сознания. Однако рассказ об опьянении нечеток – это скорее название, перечисление, согласие или отрицание при наводящих вопросах, но не последовательное изложение с оценкой.

Общие диагностические признаки опьянения ингалянтами

Многие ингалянты обладают характерным запахом. Поэтому наличие соответствующего запаха в выдыхаемом пациентом воздухе является достаточно надежным диагностическим признаком. Вместе с тем, следует иметь в виду, что этот признак может быть обнаружен лишь в течение ближайших часов с момента употребления ингалянта.

Учебные вопросы и задания

1. Опишите изменения психической деятельности при опьянении ингалянтами.
2. Что общего и чем отличаются воздействия ингалянтов и галлюциногенов на психику человека?

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.
3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
6. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

§6. Употребление растворителей

Наибольшая опасность, угрожающая любителям растворителей, заключается в их неконтролируемом поведении, являющемся результатом угнетения функций нервной системы, а также исчезновением тормозных процессов, наработанных в процессах приобретения жизненного опыта и социализации личности.

Причины и признаки

Как и в других видах болезненных пристрастий, причины, побуждающие подростков вдыхать пары клея или растворителей, различны в каждом конкретном случае. Однако, наиболее распространенными, по нашим данным, являются любопытство, скука и зависимость от группы сверстников.

Сама процедура вдыхания проводится обычно в группе, что предоставляет подростку суррогатную возможность заняться неким подобием социальной деятельности. Таким образом, подростки удовлетворяют присущую возрасту потребность в общественной деятельности. Причиной, приводящей к нюханию растворителей или клея, может быть стремление присоединиться к группе сверстников или страх выпасть из нее. Нередко такой причиной является бравада перед сверстниками.

Поскольку в последнее время клей, и промышленные растворители приблизились по цене и доступности к алкоголю и наркотикам, использование растворителей в среде подростков резко снизилось. Одновременно возросло количество подростков, вдыхающих пары бензина. Как правило, для проведения таких мероприятий подростки используют подвалы, сараи, ниши под лоджиями первых этажей и т. п.

Существует ряд признаков, ориентируясь на которые можно обнаружить пристрастие подростка к вдыханию паров химических веществ:

- химический запах дыхания или одежды подростка;
- пустые емкости из-под растворителей, бензина и клея, оставленные в разных местах;
- необычные болезненные участки на теле, покраснение или сыпь вокруг носа или рта;

- постоянный кашель;
- снижение аппетита;
- невнятная речь;
- странности в поведении, скрытность;
- снижение успеваемости в школе и прогуливание занятий.

Преднамеренное вдыхание паров летучих органических растворителей, в основном среди молодежи и детей, носит массовый характер. Наиболее часто для этих целей используются клей, предназначенный для склеивания моделей самолетов, растворители красок, жидкости для химической чистки, лак для ногтей, газ для зажигалок, бензин и другие нефтепродукты.

В этой главе приведены особенности употребления опиума (опьянение и зависимость, синдром отмены опиоидов); употребление каннабиноидов (опьянение и зависимость); употребление кокаина (опьянение и зависимость, общие диагностические признаки длительного употребления кокаина и опьянения ингалянтами); употребление ЛСД и родственных ему галлюциногенов; ингалянтов; растворителей.

Знание изменений в психике при использовании конкретного вещества, стадий развития болезни, специфических отличий наркотического опьянения от наркотической зависимости повышает эффективность профилактической работы специалистов, работающих в данном направлении.

Учебные вопросы и задания

1. Какие группы подростков наиболее уязвимы с точки зрения вовлечения в употребление паров бензина, растворителей, клея?

2. Дайте обобщенный поведенческий и психологический портрет подростка, употребляющего пары бензина, клея или растворителя.

Литература:

1. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.

2. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех». – Ростов н/Д: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.

3. Наркология / Под ред. А.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С.Е. Хайман. – М.; СПб.: «Изд-во БИНОМ» «Невский Диалект», 1998.

4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002.

5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

6. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998.

**Признаки и симптомы возможного употребления
наркотиков подростком**

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- бледность кожи;
- расширенные или суженные зрачки, покрасневшие или мутные глаза;
- замедленная, несвязанная речь;
- потеря аппетита, похудение или чрезмерное употребление пищи;
- хронический кашель;
- плохая координация движений (пошатывание или спотыкание).

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- беспричинное возбуждение, вялость;
- повышенная работоспособность;
- нарастающее безразличие ко всему, ухудшение памяти и внимания;
- уходы из дома, прогулы в школе по непонятным причинам;
- трудности в сосредоточении на чем-то конкретном;
- бессонница;
- болезненная реакция на критику, частая и резкая смена настроения;
- повышенная утомляемость;
- избегание общения с людьми, с которыми раньше был близок;
- снижение успеваемости в школе;
- постоянные просьбы дать денег;
- пропажа из дома ценностей, книг, одежды, видео- и аудио-техники;
- частые телефонные звонки;
- самоизоляция, уход от участия в делах, которые раньше были интересными;
- частое вранье, изворотливость, лживость;
- уход от ответов на прямые вопросы, склонность сочинять небылицы;
- неопрятность внешнего вида;

- склонность к прослушиванию специфической музыки;
- проведение большей части времени в компаниях асоциального типа.

ОЧЕВИДНЫЕ ПРИЗНАКИ:

- следы от уколов, порезы, синяки;
- бумажки и денежные купюры, свернутые трубочкой;
- пластиковые карты с белым налетом по краям;
- маленькие ложечки с темным пятном на внешней стороне;
- капсулы, пузырьки, жестяные банки;
- пачки лекарств, снотворного или успокоительного действия;
- папиросы «Беломор» в пачках из под сигарет.

Справочник наркотических средств:

Сейчас существуют шесть основных групп наркотиков:

1. Препараты опия (опиоиды) – натуральные (героин, кодеин) и синтетические (напр., промедол).

2. Гипнотики (в основном барбитураты). Обладают при измененной толерантности инверсным (обратным) действием: возбуждают вместо успокоения. Характерно, что при отмене этого препарата, часто возникает судорожный синдром, например, с наркоманами, попавшими в тюрьму.

Гипнотики часто формируют т.н. барбитуратовые энцелопатии («барбитура мозга сушит»). После многократного приема барбитуратов снижается сообразительность, ухудшается память, острота интеллекта, что часто не восстанавливается после избавления от зависимости – в отличие от опиатов.

3. Седативные средства (снотворные) при измененной толерантности вызывают чувство эйфории, опьянения.

Психика наркомана такова, что он получает удовольствие от измененный сознания, от которых здоровый человек не получает такового. У наркоманов часто при приеме успокаивающих препаратов возникает чувство «прилива», желания что-то сделать. Часто они уже подготовлены самим ожиданием процесса, усиливая действие эффектом «плацебо» и ритуальной нагрузкой действия – например, наркоман может получить удовольствие при внутривенном вливании.

Очень часто наркоманы принимают гипнотики, седативные средства и барбитураты в комбинациях, которые, как правило, усиливают эффект намного больше, чем при простом арифметическом сложении действия этих средств (эффект потенцирования) – например, молодежь предпочитает кодеин с глютамином.

4. Психостимуляторы (кофеин, тонин, фенамин или перветин).

Первитин часто изготавливают самодельно из эфедрина и используют для внутривенных инъекций. Он повышает содержание серотонина в мозгу, из-за чего не хочется спать, причем дозы могут повторяться через 6-8 часов, что держит человека в состоянии постоянной высокой работоспособности и эйфории, однако впоследствии серотонин и андреналин как бы вымываются из своих депо в нейронах мозга и вызывает коматозное состояние, иногда с остановкой сердца. Интересно, что эта группа препаратов не вызывает абстинентного синдрома и как бы не формируют физической зависимости, хотя психическая зависимость очень сильна. Сюда же относится кокаин.

Психостимуляторы, действуя возбуждающе и устраняя сдерживающие механизмы, повышают риск криминальных действий, часто ведут к психозам, шизофрении.

5. Психотомеметики (галлюциногены: ЛСД, псилоцибин, фемциклидин или РСР – синтетический дешевый наркотик, который в небольшой пропорции смешивается с дорогим кокаином и дает знаменитый крэг, так распространенный в бедных черных кварталах США, где черные не могут позволить себе чистый кокаин).

Психотомеметики не дают привыкания, но, как и другие препараты, ведут к снижению контроля, психологической зависимости.

6. Канабинол (марихуана, гашиш, план, анаша – препарат, содержащий тетрагидроканабинол, обычно изготовленный из индийской или чуйской конопли). Считается неплохой альтернативой алкоголю и разрешен во многих странах, т.к. не влечет выраженного антисоциального поведения. На примере этих стран, где наркоманов ничуть не больше, чем в других странах, видно, что проблема лежит не в доступности наркотика, а в формировании у людей определенных потребностей. Скорее, наоборот – дополнительным стимулом для потребления наркотика, является (особенно для подростков) то, что он запрещен.

Стереотипы потребления наркотиков различны. Наихудшим вариантом считается употребление инъекционных препаратов – героина, морфина, в нашей стране – самодельных опиатов, которые употребляются в основном после экстракции с помощью ацетона методом нагревания без всякой дополнительной очистки, что ведет к частым заражениям при попадании инфекции в вену (рвота, температура – на языке наркоманов – «тряхнуло»), флебитам, гепатитам и СПИДу.

**Краткий конспект лекций для разных целевых аудиторий
(родители, учителя, дети, студенты)**

ЛЕКЦИЯ-ДИСКУССИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

Как показывает практика, лекция как форма профилактической работы с подростками является малоэффективной, поэтому занятие с подростками стоит проводить либо в форме тренинга, либо в форме групповой дискуссии. Начать беседу лучше всего с вопроса, не относящегося к наркомании, например, «Кто такие взрослые люди и чем они отличаются от невзрослых».

Далее возможно обсуждение вопросов, связанных с взрослением, проблемами, возникающими на пути взрослеющего человека, в том числе и о наркомании и других видах зависимости. В беседе со стороны взрослого (учителя, психолога, соц.педагога и т.д.) в качестве комментариев или ответов на вопросы могут прозвучать следующие тезисы:

- Взрослый человек – ответственный, активный, не ждет, что за него кто-то примет решения или что-то сделает.
- Взрослый человек не опаздывает, ему некогда это делать.
- Взрослый человек не зависим от наркотиков, алкоголя, Интернета, потому что в этом не нуждается: он «расширяет» свои возможности в творчестве, самопознании, самопонимании и общении с другими людьми.
- Наркотик не может быть интересен, как и сам наркоман, потому что его поведение повторяется. А повторение – это не «мать учения», а скорее, «брат скуки».
- Скучно – это не когда нечего делать. Скучно – это когда нечего делать с самим собой. А разве взрослому человеку нечего делать?
- Родители – люди, которые напрягают. А кто такие дети по отношению к родителям? Как жить в этом напряжении?
- Жить интересно тогда, когда есть момент неопределенности и неожиданности. Хотя если все время жить в неопределенности, можно от нее устать.
- Зависеть от кого-то или чего-то намного проще. Но когда поиск легких путей стал принципом жизни успешного человека?
- Если в жизни вдруг случается неудача или неприятность, это не повод «ставить крест» на жизни в целом.
- Когда в жизни все плохо, есть только один человек, способный тебе помочь – ты сам.
- Свобода нужна тогда, когда она нужна. Потому что иначе становишься от нее зависим.

– Переходный возраст – это не повод снимать с себя ответственность и делать странные вещи. Потому что только тебе может быть известно, куда ты переходишь.

– Действовать из чувства противоречия – это не взрослый поступок, потому что в этом случае причина твоего поведения – не в тебе, а в том, кому ты противоречишь. И это зависимость.

– Любое действие обязательно завершается, пусть не сразу. Любая проблема, появившаяся в подростковом возрасте, обязательно «всплывет» потом, если ее, конечно, не решить.

– В жизни есть много задач, которые нам приходится решать и даже получать за это оценки. Но есть главная задача, которая решается всю жизнь – это поиск себя.

– Взрослым становишься только тогда, когда учишься строить нормальные отношения со взрослыми людьми.

– Хорошие отношения – это не когда просто улыбаешься и не ругаешься. Хорошие отношения – когда доверяешь и не боишься открывать в себе странные, разные, непохожие на других, вещи.

ЛЕКЦИЯ-ДИСКУССИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Наркомания является лишь частным видом негативной зависимости.

Признаки негативной зависимости:

- ухудшение качества жизни
- ухудшение качества жизни окружающих
- вред для здоровья (физического, психологического).

Почему люди попадают в зависимость?

Есть личностные особенности: слабое развитие самоконтроля; незрелость; интровертированность; низкая стрессоустойчивость; эмоциональная неустойчивость, склонность к тоске и депрессии; недостаток жизненных интересов; неумение преодолевать трудности.

Однако, не сами по себе особенности личности делают человека зависимым. Наркомания (как и любая другая зависимость) – уход от решения некоторых «задач взросления», которые обычно решаются в подростковом возрасте. Если человек не научается справляться с типичными проблемными ситуациями, то обычные сложности становятся неразрешимыми, груз проблем – невыносимым. Болен не тот человек, у которого есть проблемы, а тот, у кого изо дня в день, из года в год проблемы одни и те же. Взрослый решает возникшие задачи и учится на собственных ошибках, и ошибках других. А подросток либо перекладывает ответственность за решение своих проблем на взрослых, ничему при этом не участь, либо просто не замечает их.

Наркоманию можно рассматривать как способ адаптации к условиям жизни, препятствующим реализации особенно важных для личности потребностей. Употребляя наркотики, человек становится более эмоционально устойчивым, т.к. в его жизни происходит меньше событий, и эмоциональная реакция на них оказывается приглушенной. Кроме того, есть нарабатанный способ борьбы с негативными эмоциями. Но это инфантильный способ решения проблем. Избегание реальности никак не может изменить реальность. Вместо этого формируется миф, согласно которому подросток продолжает существовать в ситуации, оправдываясь перед самим собой и перед окружающими за собственные неудачи.

Мифы о наркотиках:

1. С первого раза не привыкают.

Формирование физической и психологической зависимости обусловлено видом психоактивного вещества и особенностями организма. Первую дозу обычно предлагают бесплатно: это не благотворительность, а верный расчет. Кроме того, наркотик – это яд. Даже одна первая доза может оказаться смертельной.

2. Не все наркотики опасны.

Очень редко «карьера» наркомана начинается с тяжелых наркотиков. Большинство начинают с «травки», не считая ее опасной. Разные виды наркомании протекают по-разному. Общим для всех является финал.

3. Наркоманами становятся безвольные люди. Я смогу себя контролировать.

Никто не собирается становиться наркоманом. Долгое время люди, употребляющие психоактивные вещества, остаются в уверенности, что они могут в любой момент бросить. Однако, бросить на самом деле удается единицам. Наркотик убивает даже самых сильных людей с богатырским здоровьем.

4. Можно «расслабляться» иногда.

Контролируемый прием наркотиков возможен в течение непродолжительного времени. Постепенно психоактивное вещество, встраиваясь в систему обмена веществ, становится необходимым для нормального функционирования организма – формируется зависимость.

5. С помощью наркотиков можно избавиться от депрессии (неприятных переживаний).

Обычно негативные переживания являются показателем каких-либо проблем в жизни человека. Несчастье – это не болезнь, это нормальная противоположность счастья. Избавляясь от неприятных переживаний искусственным путем, мы лишаем себя возможности понять смысл этих переживаний, использовать их развивающий потенциал. Наркотик не помо-

гает решать поставленные жизнью задачи, с его помощью можно научиться только избегать их.

Кроме того, после короткого периода эйфории в наркотическом опьянении, депрессивные переживания усиливаются.

6. С помощью наркотиков можно расширить границы сознания.

Эйфория, обострение и избирательность восприятия, галлюцинации при наркотическом опьянении, которые могут совместно давать ощущение расширения границ сознания, оказываются доступны только на начальном этапе наркотизации. Последующее употребление наркотических веществ уже не дает желаемого эффекта, а служит лишь для снятия абстинентного синдрома.

Расширения границ сознания можно достичь без наркотических средств с помощью медитативных техник, дыхательных упражнений, занятий йогой.

7. В жизни надо попробовать все.

Часто оказывается, что наркотик – это последнее, что человек пробует в своей жизни. Жизнь наркомана не богата событиями: они, как правило, не женятся и не выходят замуж, не рожают детей, редко путешествуют, не устраиваются на новую работу, их круг общения ограничен наркоманской группой. Может быть лучше попробовать что-нибудь другое?

ЛЕКЦИЯ-ДИСКУССИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Наркомания является серьезной проблемой в современном обществе. Пожалуй, наиболее опасная тенденция состоит в том, что возраст начала употребления психоактивных веществ постоянно снижается. Объектом наиболее пристального внимания, по нашему мнению, должны стать подростки.

Особенности подросткового возраста

Чувство взрослости. Подросток хочет, чтобы взрослые общались с ним на равных, чтобы его мнение слышали и принимали в расчет. Детям кажется, что они сами могут принимать серьезные решения относительно своей жизни. Однако, свобода понимается подростками преимущественно как выбор, а необходимость (ответственность) не включаются в понятие свободы. Подростковый возраст – это время формирования таких важных личностных образований как воля, способность выбирать и нести ответственность за свой выбор. Однако, для успешного развития этих качеств необходимо создавать условия. Родителям же часто очень трудно перестроиться на новую систему отношений с взрослеющим ребенком. Они продолжают опекать его, принимать за него решения, будучи уверены, что знают как для него лучше. В такой обстановке ребенок либо вырастает безвольным, не имеющим собственного мнения. Либо происходит «отрав-

ление свободой», когда в один момент подросток решает, что он вырос и может делать все то, что раньше запрещали родители. Окажите доверие ребенку: попробуйте отдать ему ту долю ответственности за его жизнь, которую он сможет удержать, помогите с ней справиться.

Для подросткового возраста характерно стремление к независимости; большее значение приобретает группа сверстников; семья же уходит на второй план. Отношения с родителями обостряются, часто перерастают в серьезные конфликты. Тем не менее, родители продолжают играть значимую роль в жизни подростка, но только в том случае, если удастся установить доверительные отношения в семье.

Черты личности ребенка, которые опасны с точки зрения возникновения наркозависимости:

Инфантилизм (когда ребенок привык к тому, что все возникающие трудности разрешают родители. В результате подросток оказывается неспособным справиться с обычной проблемой).

Внушаемость (отсутствие критической переработки поступающей информации). Нужно учить ребенка отличать ложь от правды, и как действовать в ситуации, когда отличить трудно.

Неумение справляться со стрессом. Наркотик может служить способом ухода от проблем и неприятных переживаний. Задача взрослых – учить ребенка не пасовать перед трудностями. Ребенок перенимает поведение родителей, поэтому прежде всего нужно научиться самим справляться с собственными проблемами.

Любопытство. Наркотики выступают для подростков в качестве запретного плода, который, как известно, сладок. Задача воспитывающих взрослых – сделать из «запретного плода» «плод подгнивший». Вместо запугивания и запретов предоставить ребенку максимум информации о природе наркотиков, о воздействии их на мозг и тело, о формировании зависимости, о том, каким образом и с какой целью происходит вовлечение подростков в наркоманскую субкультуру. Чтобы разговаривать с подростком на равных, взрослые должны сами обладать всей необходимой информацией.

Если родители подозревают, что ребенок употребляет наркотики, в семье можно наблюдать **типичные способы реагирования:**

1. **Отрицание проблемы.** «С моим ребенком этого произойти не может». Родители долгое время остаются в неведении, в то время как болезнь прогрессирует.

2. **Запугивание, нотации.** «Ты испортил нам жизнь, ты – позор семьи...» В результате доверие между родителями и ребенком окончательно разрушается, т.к. вместо помощи родители демонстрируют только отвержение. Кроме того, подросток – наркоман пользуется тем чувством вины, которое возникает у родителей в данной ситуации.

3. **Паника.** «Это конец! Это смерть! Что же делать?!» Страх не позволяет родителям трезво разобраться в ситуации и найти пути решения. Ребенок, видя панику родителей, может избавиться от собственного страха при помощи наркотиков.

4. **Упреки.** «Я все для тебя – а ты...» Чувство вины убивает волю к жизни, что особенно опасно в ситуации наркомании.

5. **Подкуп.** «Если ты бросишь, мы купим тебе то, что ты хочешь». Таким образом формируется потребительское отношение к жизни и к родителям в частности.

Чем могут помочь родители своему ребенку – подростку

- Рискните узнать правду о том, что происходит в вашей семье. Старайтесь вести себя так, чтобы ребенок не боялся говорить вам правду: контролируйте свои эмоции, не спешите наказывать, не демонстрируйте свою ранимость и беспомощность. Поговорите о волнующей вас проблеме откровенно. Даже если сейчас ребенок не расскажет вам правды, у него останется возможность попросить помощи, когда он будет к этому готов.

- Постарайтесь сохранить доверительные отношения в семье. Ребенок больше всего нуждается в вашей любви как раз тогда, когда вам кажется, что он меньше всего ее заслуживает. Критикуйте поступки, но не личность; не допускайте сомнений ребенка в том, что вы его любите. Говорите «на равных»: «Мы оба можем ошибаться. Каждый имеет право на ошибку». Говорите о собственных чувствах, вместо критики говорите о том, что вы чувствуете.

- Ребенок должен чувствовать, что вы готовы развиваться, меняться, ошибаться вместе с ним.

- Интересуйтесь жизнью ребенка: его интересами, его друзьями, его успехами – всем тем, что на самом деле важно для подростка, а не только школьной успеваемостью.

- Учитесь решать свои проблемы, не подключая в этот процесс ребенка. Важно принять ответственность за свою собственную жизнь; понять, что она зависит не от него, а только от вас. Чтобы ребенок становился лучше, нужно подать ему пример. Научитесь меняться сами – только в этом случае что-то может измениться в вашей семье.

- Не замыкайтесь в своей проблеме. В случае необходимости обратитесь к специалисту. Поделитесь своими опасениями с близкими людьми – не оставайтесь со своими страхами в одиночестве.

Часто родители начинают обращать внимание на ребенка, когда появляются серьезные проблемы. Поинтересуйтесь своим ребенком сегодня.

Для обсуждения с родителями можно использовать

ЗАПОВЕДИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ЛЮБЯЩИХ СВОИХ ДЕТЕЙ.

1. Будьте способны понять, принять, посочувствовать, оказать поддержку. Никто не хочет в ответ на свою правду получить критическое замечание или злую шутку в свой адрес. Правду о себе люди несут только тем, кто способен ее принять, кто может предложить решение проблем или (что не менее ценно) искреннее сочувствие. Дети всегда ждут именно этого от своих родителей, но часто получают противоположную реакцию, которая ведет к потере взаимопонимания и доверия между близкими людьми. Если у Вас не получается принять своего ребенка таким, какой он есть, поддержать его в тяжелой ситуации, то он, скорее всего, перестанет быть с вами искренним, потому что он нуждается не в критике, а в понимании и сочувствии. К сожалению, современное общество как будто специально создано, чтобы ребенок потерпел поражение. Каждый раз старайтесь обнаружить в чем истинная проблема Вашего ребенка, и не разрушая его собственного решения, попытайтесь помочь ему решить эту проблему самостоятельно.

2. Учитесь правильно выражать свои эмоции. А значит -не падайте в обморок при каждом удобном (чтобы избежать неудобства) случае, постарайтесь не устраивать сцен и скандалов по поводу неудачных действий ваших детей, не прибегайте к физической силе, показывая тем самым свое бессилие. Родителям, не умеющим управлять своими чувствами, дети часто не говорят правду, чтобы не присутствовать при их бурных реакциях. Если же взрослые люди способны прийти в ярость от неприятного известия, то дети не просто не сообщат вам о нем, но сделают все, чтобы скрыть от вас правду. Грубому, резкому человеку не говорят правды, боясь нарваться на его грубость или резкость. И меньше всего хочется выслушивать резкие слова и замечания от близких людей.

В результате родители узнают правду самыми последними, и как правило только тогда, когда они уже ничего не смогут исправить.

3. Не предъявляйте к ребенку завышенных требований, не демонстрируйте ему однозначно несбыточных ожиданий. Ребенок скрывает плохие отметки, потому что мама ждет от него только хороших! Та же ситуация может повторяться по отношению к его друзьям, интересам, намерениям. Не желая разочаровывать родителей, ребенок будет предоставлять им только ту информацию, которой они от него ждут. В результате, родители, получая искаженную информацию о своем ребенке, теряют связь с его истинной жизнью, начинают жить в иллюзиях и своих фантазиях о нем. Совершенно естественно для родителей ждать успехов от своего ребенка, но нужно научиться справляться и с его неудачами.

4. Не торопитесь искать виноватых. При возникновении неприятной ситуации возникает сильное желание кого-нибудь в этом обвинить. Чаще всего это выражается фразой: «Сам виноват. Я тебя предупреждала». Удовольствие от собственной прозорливости и правоты отдаляет от вас вашего ребенка. Вместо ожидаемого сочувствия, понимания и помощи ребенок получает очередное обвинение в свой адрес, а часто еще и унижения. «Обвинитель» всегда найдет виноватого или обвинит всех вокруг и приложит все усилия к тому, чтобы всякий раз подавить человека морально. Если ребенок видит, что родители в любой ситуации склонны обвинять и унижать других людей, то он может скрывать от них правду, боясь попасть под их суд заодно со всеми. Кроме того, попытки найти виноватого никогда не приведут к действительному решению проблемы, но отнимут у вас и силы и время.

5. Не афишируйте свою беспомощность. Если ребенок видит, что его родители «выбрасывают белый флаг» перед любыми поворотами судьбы, страдают от бесконечной вереницы проблем, и будучи бессильны их решить, не забывают постоянно демонстрировать свою ранимость и беспомощность, то ему будет очень трудно сообщить им какую-либо неприятную новость. Чаще всего дети не хотят видеть своих родителей несчастными, не хотят быть причиной их страданий. Если, говоря с родителями о своих проблемах, ребенок чувствует себя палачом, то, скорее всего, он перестанет говорить им правду. Если мать, разговаривая с сыном, постоянно хватается за валидол и «угрожает» сердечным приступом, то в следующий раз сын постарается оградить ее от таких переживаний. В результате родители узнают правду слишком поздно. Необходимо постоянно учиться самостоятельно решать свои проблемы, не приходя в ужас от их количества, и тогда, даже в случае неудачи никто не станет «подсовывать» вам ложное сочувствие вместо правды. А ваш ребенок сможет в сложной жизненной ситуации обратиться к вам за советом, а не будет искать утешения в сомнительных компаниях или, еще хуже, в алкоголе или наркотиках.

6. Не торопитесь наказывать своих детей. Правда для ребенка теряет всякий смысл, если по умолчанию можно избежать наказания. Слушайте то, что дети рассказывают Вам о своей жизни. Позвольте им помогать вам. Если вы не сделаете этого, им придется подавлять в себе переполняющее их чувства долга.

7. Не будьте унылыми пессимистами. С печальными или тревожными новостями обычно не ходят к пессимистам, потому что это может усугубить их и без того мрачный взгляд на мир. Кроме того, пессимизм способен быть весьма заразительным и тогда пустяковая проблема будет казаться совершенно неразрешимой. Поймите, жизнь Вашего ребенка не удастся, если он не сумеет по настоящему поверить в себя. В противном случае он будет только обузой для Всех, включая себя самого. Если же вы уверены (или хотя бы стараетесь быть как можно увереннее) в том, что, при опре-

деленных условиях, все может закончиться хорошо, что из любого положения можно найти выход, то это и вашему ребенку придаст сил справиться с его проблемой.

8. Учитесь радоваться своим и чужим победам и учите этому своего ребенка. Согласитесь, делиться своей радостью намного сложнее, чем несчастьем или неудачей. Возможно, это происходит потому, что «несчастный вид» и «жалобы на судьбу» – кратчайший путь к сочувствию окружающих. Но тогда вы утрачиваете возможность делиться своей радостью с другими, и соответственно, с Вами никто своей радостью делиться не станет. Более того, многие люди злятся и испытывают досаду, когда слышат, что у кого-то все в порядке: «Радость другого – моя неудача...» В таком случае, от Вас начнут скрывать не только плохие известия, но и хорошие. Вы останетесь без хорошей правды.

9. Старайтесь говорить правду своим детям. Они очень чутко распознают ложь. Если ребенок часто уличает родителей во лжи, то с какой стати он станет говорить им правду? Если в семье ложь является нормой, то нечего ждать, что ребенок будет правдив и искренен. Он скажет правду тому, кто честен с ним, тому, кто умеет сообщить правду и справиться с ней. Обманщикам не говорят правды, чтобы не дать им возможности воспользоваться чужой искренностью.

Не бойтесь узнать правду, и тогда вы ее узнаете. Старайтесь вести себя так, чтобы люди не боялись говорить вам правду, и тогда вам ее скажут. Будьте правдивы, и тогда вас не будут так часто обманывать.

Другим интересным материалом, на основе которого можно построить лекцию для родителей, является ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ. Ее можно обсудить с родителями и учителями, а также раздать в напечатанном виде для прочтения дома.

ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ ОТ ДЕТЕЙ

- Не стройте из себя идеальных, а будьте такими, какие есть, и старайтесь быть лучше.
- Не торопитесь баловать меня, вы меня этим портите. Я очень хорошо знаю, что не обязательно давать мне все, что я требую. Я просто испытываю Вас.
- Не бойтесь быть твердыми со мной. Мне это иногда необходимо. Это помогает мне находить себя.
- Не полагайтесь на применение силы в отношениях со мной. Это приучит меня к тому, что считаться нужно только с силой.
- Не будьте непоследовательными. Это сбивает меня с толку и заставляет упорно стремиться к тому, чтобы во всех случаях оставить последнее слово за собой, даже когда точно знаю, что не прав.

- Не давайте обещаний, которые Вы не можете выполнить, это может поколебать мою веру в Вас.
- Не поддавайтесь на мои провокации, когда я говорю или делаю что-то только за тем, чтобы просто разозлить Вас.
- Не расстраивайтесь слишком сильно, когда я говорю «Я Вас ненавижу». Я не имею это в виду. Я просто хочу, чтобы Вы пожалели о том, как Вы поступили со мной.
- Не заставляйте меня чувствовать себя младше, чем я есть на самом деле. Я отыграюсь на Вас за это, став «плаксой» и «нытиком».
- Не делайте для меня и за меня того, что я в состоянии сделать для себя сам, а то у меня войдет это в привычку использовать Вас в качестве прислуги.
- Не поправляйте меня в присутствии посторонних людей. Мне это неприятно. Если Вы сделаете замечание с глазу на глаз, проку будет больше.
- Не пытайтесь обсуждать мое поведение в самый разгар конфликта. В это время мой слух притупляется, а мое желание действовать с Вами заодно пропадает. Лучше, если Вы попытаетесь это сделать позднее.
- Не пытайтесь читать мне наставления и нотации. Вы будете удивлены, узнав, как великолепно я знаю, что такое хорошо, и что такое плохо.
- Не заставляйте меня чувствовать, что мои проступки – смертный грех. Я должен научиться делать ошибки, не ощущая, что я ни на что не годен.
- Не придирайтесь ко мне и не ворчите на меня. Если Вы будете это делать, я буду вынужден защищаться, притворяясь глухим.
- Не требуйте от меня объяснений, зачем я это сделал. Я иногда сам не знаю, почему я поступаю так а не иначе. Иногда Вы сами можете сказать о себе тоже самое.
- Не используйте информацию, которую я Вам доверил, в качестве упрёка. Я перестану Вам рассказывать о своих ошибках.
- Не подвергайте слишком большому испытанию мою честность. Когда я запуган, я легко превращаюсь в лжеца.
- Не забывайте, что я люблю экспериментировать. Таким образом, я познаю мир, поэтому, пожалуйста, смиритесь с этим.
- Не защищайте меня от последствий собственных ошибок. Я учусь на собственном опыте.
- Не обращайтесь слишком много внимания на мои маленькие хвори. Я могу научиться получать удовольствие от плохого самочувствия, если это привлекает ко мне так много внимания.
- Не пытайтесь от меня отделаться, когда я задаю откровенные вопросы. Если Вы не будете на них отвечать, Вы увидите, что я перестану

задавать Вам вопросы вообще, и буду искать информацию где-то на стороне.

- Не отвечайте на глупые и бессмысленные вопросы. Если Вы будете это делать, то вскоре обнаружите, что я просто хочу, чтобы Вы постоянно мной занимались.

- Никогда даже не намекайте, что Вы совершенны и непогрешимы. Это дает мне ощущение тщетности попыток сравняться с Вами.

- Не беспокойтесь, что мы проводим вместе слишком мало времени. Значение имеет то, как мы его проводим.

- Пусть мои страхи и опасения не вызывают у Вас беспокойства. Иначе, я буду бояться еще больше. Покажите мне, что такое мужество.

- Не забывайте то, что я не могу успешно развиваться без понимания и ободрения, но похвала, когда она честно заслужена, иногда все же забывается. А нагоняй, кажется, никогда.

- Относитесь ко мне так же, как Вы относитесь к своим друзьям. Тогда я тоже стану Вашим другом. Запомните, что меня больше учит не критика, а примеры для подражания.

- И кроме того помните, что я Вас люблю, пожалуйста, ответьте мне любовью...

**Структурированное интервью на предмет выявления риска
наркотической зависимости**

ИНТЕРВЬЮ С РОДИТЕЛЯМИ

Дополнительная информация:

Структура семьи (состав семьи, возраст членов семьи, место работы или учебы, занимаемая должность, образование, трудовая или общественная деятельность)

1. Как бы Вы могли охарактеризовать психологический климат в Вашей семье?
2. Как Вы думаете, с чем связана сложившаяся ситуация?
3. Что, на Ваш взгляд, удалось сформировать положительного или отрицательного в личностных качествах ребенка?
4. Какие требования Вы предъявляете своему ребенку?
5. Как Вы думаете, как оценивает ребенок ситуацию, складывающуюся в семье, как относится к ней?
6. Охарактеризуйте его стиль общения? Испытывает ли он трудности в общении?
7. Какие трудности вы испытываете в общении с ребенком? А как вы думаете, какие трудности испытывает он в общении с вами?
8. Как он взаимодействует/контактирует с другими?
9. Поддается ли он влиянию других, легко подчиняется мнению окружающих?
10. Появились ли в его жизни новые, подозрительные друзья, общение с которыми происходит в основном наедине?
11. Понятен ли Вам их язык или общение происходит непонятными, «закодированными» фразами?
12. Стремится ли Ваш сын (дочь) к уединению чаще, чем раньше?
13. Можете ли Вы сказать, что в нем появилась всевозрастающая скрытность (перестает интересоваться внутрисемейными проблемами)?
14. Изменился ли его интерес к учебе или прежним увлечениям?
15. Что больше всего волнует, тревожит (напрягает) Вас в поведении вашего сына (дочери)?
16. Можете ли вы назвать его взрослым? Что позволяет Вам так говорить?
17. Как вы помогаете или мешаете ему взрослеть? Приведите, пожалуйста, пример.
18. Каким образом он реагирует на стрессовую ситуацию или перегрузки? Приведите примеры.
19. Может ли Вы сказать, что он стал более агрессивен? В каких ситуациях?

20. Как часто меняется его настроение и поведение без особых причин в течение дня?

21. Замечали ли Вы изменение его состояния: заторможенность (до сонливого состояния) или излишнюю двигательную активность, говорливость?

22. Возросла ли у него потребность в деньгах, обоснованная явно надуманными причинами?

23. Пропадали ли в последнее время деньги или вещи из Вашего дома?

24. Может быть, появились вещи (одежда, украшения), которые явно «не по карману» Вашему ребенку?

25. Стремится ли он к получению новых ощущений, удовольствия?

26. Что бы Вы хотели изменить в отношениях с сыном (дочерью)?

27. Как Вы считаете, как этого можно добиться?

ИНТЕРВЬЮ С УЧИТЕЛЕМ

Дополнительная информация:

Структура класса (состав класса, соотношение мальчиков и девочек, возраст учеников, хобби (и другие интересы) учеников, участие класса в жизни школы, общественная, спортивная и др. деятельность).

1. Как бы Вы могли охарактеризовать психологический климат в Вашем классе? А в школе в целом?

2. Как Вы думаете, с чем связана сложившаяся ситуация?

3. Какие требования к ученикам предъявляются в вашей школе?

4. Какое поведение подростка поощряется учителями/его ровесниками в школе?

5. Ваш ученик участвует в жизни школы? Чем он занимается?

6. Переходил ли он из одной школы в другую? Сколько раз? Когда последний раз?

7. Он входит в категорию «группа риска»? По каким критериям? Почему Вы так решили?

8. Изменился ли его интерес к учебе или прежним увлечениям?

9. Что больше всего волнует, тревожит (напрягает) Вас в поведении ученика?

10. Есть ли другие люди, которые считают также как Вы? Кто это?

11. Каким образом он реагирует на стрессовую ситуацию или перегрузки?

12. Можете ли Вы сказать, что он стал более агрессивен? В каких ситуациях?

13. Как часто меняется его настроение без особых причин в течение дня?

14. Меняется ли резко его поведение в течение дня?

15. Замечали ли Вы изменение его состояния: заторможенность (до сонливого состояния) или излишнюю двигательную активность, говорливость?

16. Меняется ли временами координация его движений?

17. Замечали ли Вы у него проблемы с деньгами – долги, игры, споры на деньги, воровство и т.п.?

18. Охарактеризуйте его стиль общения? Испытывает ли он трудности в общении?

19. Как он взаимодействует/контактирует с другими?

20. Поддается ли он влиянию других, легко подчиняется мнению окружающих?

21. Какова его роль в классе, компании (всегда первый, вечный помощник, всех и все критикующий и т.д.)?

22. Какой статус он занимает (лидер, популярный, отверженный)?

23. Делает ли он попытки изменить ситуацию или воспринимает как неизбежное?

24. Есть ли кто-нибудь, кто помогает или мешает ему в этом (родители, друзья, Вы)?

25. Стремится ли он к получению новых ощущений, удовольствия?

ИНТЕРВЬЮ С ПОДРОСТКОМ

Дополнительная информация:

Внешний вид подростка: опрятность, аккуратность.

Выражение лица: живая подвижная мимика/амимия, «мумияобразность».

Имя (прозвище) – является индикатором взрослости высказываний, способности трезво рассуждать, а также может свидетельствовать о принадлежности подростка к какой-либо субкультуре.

Особенности речи: обилие «сленговых» выражений, повышенная интонация, срывающаяся на крик или, наоборот, тихий голос с хрипотцой.

Общее поведение: зажатость/раскрепощенность, излишняя говорливость.

Общее соответствие внешнего вида, речи, позы и общего впечатления от подростка.

1. Ты счастливый (довольный жизнью) человек? Почему?
2. А большинство окружающих (друзья, родители, учителя)? Как тебе кажется, почему так получается?
3. Большинство твоих знакомых старше, взрослее тебя?
4. Ты взрослый? Откуда ты знаешь? Кто тебе об этом сказал?
5. Что ты понимаешь под взрослостью?
6. Вокруг тебя есть люди, помогающие или мешающие тебе взрослеть? Кто они? Как они это делают?

7. Среди твоих знакомых (друзей) есть те, кто употребляет наркотики?
8. Что ты знаешь о них?
9. Это интересная для тебя тема для разговора?
10. Знаешь ли ты, как выглядит человек в состоянии наркотического опьянения?
11. Ты владеешь языком (сленгом) людей, употребляющих наркотики?
12. Как ты считаешь, так разговаривают все подростки или только те, кто употребляет?
13. Скажи, кто на твой взгляд выглядит взрослее, тот, кто курит и употребляет алкоголь или наркотики или тот, кто этого не делает? Почему ты так считаешь?
14. А кто не выглядит, а по-настоящему взрослее?
15. Какая из поговорок больше про тебя:
«Тише едешь дальше будешь»,
«Довольствуйся малым» или:
«Хочу все и сразу»?
16. Тебя легко вывести из себя, выбить из колеи?
17. Как ты обычно себя ведешь в неопределенных ситуациях? Приведи примеры.
18. Как ты понимаешь, что не ошибаешься в жизни?
19. Что ты делаешь, если все-таки ошибся?
20. Как ты считаешь, чем наркоманы отличаются от других людей? Что они приобретают, а что теряют?
21. У кого из них больше свободы, а у кого – иллюзии свободы? У кого больше возможностей в жизни?
22. Ты бы хотел (-а), чтобы твои дети (родители) принимали наркотики?

ИНТЕРВЬЮ СО СТУДЕНТОМ

Дополнительная информация:

Внешний вид подростка: опрятность, аккуратность.

Выражение лица: живая подвижная мимика/амимия, «мумияобразность».

Имя (прозвище) – является индикатором взрослости высказываний, способности трезво рассуждать, а также может свидетельствовать о принадлежности подростка к какой-либо субкультуре.

Особенности речи: обилие «сленговых» выражений, повышенная интонация, срывающаяся на крик или, наоборот, тихий голос с хрипотцой.

Общее поведение: зажатость/раскрепощенность, излишняя говорливость.

Общее соответствие внешнего вида, речи, позы и общего впечатления от подростка.

1. Ты счастливый (довольный жизнью) человек? Почему?

2. Ты уверен, что поступил учиться туда куда надо?
3. Как ты понимаешь, что не ошибаешься по жизни?
4. Что ты делаешь, если все-таки ошибся?
5. А большинство окружающих (друзья, родители, муж/жена)? Как тебе кажется, почему так получается?
6. Как ты считаешь про твоих знакомых (друзей) можно сказать, что они взрослые люди?
7. Ты взрослый человек? Откуда ты знаешь?
8. В чем для тебя выражается взрослость?
9. Вокруг тебя есть люди, помогающие или мешающие тебе взрослеть? Как они это делают?
10. Среди твоих знакомых (друзей, одноклассников) есть такие, которые употребляют наркотики?
11. Наркотики – интересная для тебя тема?
12. Ты владеешь языком (сленгом) людей, употребляющих наркотики?
13. Как ты считаешь, так разговаривают все молодые люди или только те, кто употребляет?
14. Чем ты отличаешь от школьника – выпускника?
15. Считаешь ли ты, что взрослее выглядит, тот, кто курит и употребляет алкоголь или наркотики?
16. А как ты сейчас думаешь, кто по-настоящему взрослее?
17. На кого ты больше похож на подростка или взрослого человека?
18. Какие качества их различают?
19. Какие отношения ты строишь с близкими людьми, друзьями?
20. Каков твой статус в группе?
21. Какая из поговорок больше про тебя:
«Тише едешь дальше будешь»,
«Довольствуйся малым» или:
«Хочу все и сразу»?
22. Тебя легко вывести из себя, выбить из колеи?
23. Как ты обычно себя ведешь в неопределенных ситуациях? Приведи примеры.
24. Как ты считаешь, чем наркоманы отличаются от других людей? Что они приобретают, а что теряют?
25. У кого из них больше свободы, а кого иллюзии свободы? У кого больше возможностей в жизни?
26. Ты бы хотел (-а), чтобы твои дети принимали наркотики?

Словарь подросткового сленга*

Атас – возглас для привлечения внимания к чему-либо или для обозначения опасности в ситуации; «Бежим!»; «Вот это да!»; «Шухер!»; «Внимание!»; «Берегись!»; «Надо сматываться!»; «пора уходить».

Баклан – тупой, придурок.

Бакланить – много говорить, в основном впустую, болтать.

Блин – высказывание, обозначающее неудачу, разочарование, досаду, недовольство; применяется, когда «человек расстраивается»; «что-то не получилось», «неосуществление того, чего хотелось».

Болт – нет чего-либо (напр., денег. «Полный болт»).

Варвар – повар на две ставки.

Вертолёт – похмелье.

Вперся – возникли проблемы.

Децл – маленький (человек); подросток маленького роста; малыш; странный парень; лох; отстой; раздолбай; немного, мало, чуть-чуть.

Дурь – трава, анаша, что-то, что не понятно или не нужно.

Есть тема! – есть разговор, какое-то дело, «Слушай меня!».

Забить на... – выражение негативного отношения, равнодушия к чему-либо; наплевать; проигнорировать; перестать заниматься чем-либо; не обращать внимание; не делать то, что нужно; не думать о чем-либо.

Загон – состояние сравнимое с фанатизмом, очень сильно нравится.

Замётано – решено, «забили».

Заморочка – головоломка в жизненной ситуации; проблема; «нерепальный груз»; что-то надоедливое; то, что уже достало; что-то чего не понимаешь; «парилка»; «о чем ты мечтаешь»; что-то не получается, задачка; неудобство в чем-либо, трудность в исполнении; вопрос; озабоченность чем-то; запутанность; что-то новое, интересное; что-то трудное для понимания; «тараканы в голове».

Запал на... – понравилось что-то или кто-то; влюбиться; что-то прёт; прирастался; обратить внимание; заинтересоваться; попал в нехорошую ситуацию; «...на девушку (девку, телку), игрушку, привычку»; увлечься, «...на парня (девушку, кого-либо, телку)»; постоянно думать о чем-то или о ком-то; «запал на какую-то вещь».

Кабан = мерин – 600-й мерседес.

Кайф – получать удовольствие, что-то нравится; когда очень хорошо и приятно, эйфория; удовлетворение потребности; наслаждение; классно; состояние радости, истомы, блаженства; хорошее настроение, приятно;

* Словарь составлен на основе исследования Гловой В.А. (Самара, 2005 г.)

клёво; колбасит; круто; здорово; прогресс; получение приятных ощущений; обкуренный; «расслабон»; наркота; «... – это курение на траве»; улёт.

Кидалово – обман.

Клёво – что-то нравится, красиво, вкусно; прикольно; хорошо, случилось что-то хорошее; стильно; ниже по уровню, чем кайф, неплохо, почти хорошо; реакция на что-то особенное, необычное; супер; одобрение; отлично, здорово; весело; средняя удовлетворенность данной вещью или ситуацией; классно, прекрасно; отлично; хорошо; в кайф; отпад; очень круто; прикольно; то же, что и «атас»; супер; офигенно, нормально; ништяк; супер, замечательно; удачная фраза или действие; очень замечательно; «когда все круто»; «Ах как клёво!».

Клизма – человек лезет туда, куда ему не надо.

Козявит – гонит по-своему, плохое самочувствие.

Колбасит – плохо; резать колбасу; кроет; превращается в колбасу; веселье; «колбасит с похмелья»; супер; классно; трясет; все круто, весело на тусовке; нервничает; «тащит», состояние между нервным напряжением и разрядкой; доставляет удовольствие или сильно беспокоит; испытывать бурные приятные эмоции; хочется двигаться; очень приятное ощущение или неприятное, иногда сочетается с тряской или ознобом; «прёт по теме»; дает какой-либо эффект; эмоционально зацепило от событий, травы; расслабляет; заводит; плющит; плохое самочувствие; человеку хорошо, состояние опьянения, кураж; танцы; выворачивает; очень улётно; мандраж, высшая степень веселья; находиться в непонятном состоянии; кроет; разводит на смех и веселье или наоборот; пошёл кайф или отходняк; под кайфом прёт; раздражает, оттянуться; когда говорят чушь; бьет.

Колёса – таблетки.

Комок – киоск.

Кони – фанаты ЦСКА.

Кора – смех да и только.

Косяк – трава, план, что-то не получилось.

Круто – здорово; ништяк; супер; (очень) хорошо; нормально; когда что-то нравится; модно, весело; клёво; отлично; офигенно, лучше не бывает; ничего, пойдёт; классно; что-то быстрое и необычное; лучше, чем «клёво»; отлично; удивление; замечательно; что-то нравится, невероятно; ништяк; хорошо; «обалдеть!»; «офигеть!»; атас; «Ах как круто!»; то же, что и «клёво»; «когда нравится»; «Это круто!», серьезно; сильно; великолепно.

Кураж – особое состояние, вдохновение.

Лавруха – деньги.

Лаж – ложь; вранье; ерунда; плохая идея, вещь; полный отстой; фигня; что-то нехорошее, не приносящее никаких результатов; шняга; порожняк, неудачное дело; не везет, нечто глупое и ненужное; некачественно; неинтересное; полный провал; «облажался» – не получилось; туфта; фальшивка; подвох; безвыходная ситуация; стрёмно; нечто недостойное, про-

тивное; неправда, тупо; обман, «Гоню лажу»; «когда что-то не нравится», ужасно; фигня; не катит; очень плохо.

Ландыр – дурак, debil, странный парень.

Лох – идиот; придурок; чмо; «любитель отдыхать на холоде»; тупой человек; плохой и противный человек; простак, дурак; debil; ужасно плохой; полный отстой; неудачник по жизни; человек, который не подходит под систему ценностей кого-либо; глупый, доверчивый человек, простак; человек, которого не уважают, неинтересный человек, не стоит с таким общаться; «Лох – это судьба!»; человек, который идет у всех на поводу; человек, которого можно провести; пустой, безвольный человек; не умеющий за себя постоять; человек, низкий по статусу (опущенный); стрёмный молодой человек; человек с плохой репутацией; не такой как все; слабак; самый последний чел; обзывательство; чмо; «чума»; Децл; Лёха Куликов; урод, человек, который ничего не значит; ненормальный человек; «любитель ореховой халвы»; неумеха; лопух.

Лоховоз – общественный транспорт.

Маза – все получилось как по маслу; резон; тема; «липа» – оправдание, отмазка; все ок; классная вещь, везение; что-то новое, прикольное, идея; прикольно; письмо; намерение; ложь; «влипли»; фигня, «это делает крутой»; нестандартная ситуация; дело; повезло, мама по-английски; «маза фака»; когда прёт; круто.

Мрак – дурак; темнота; ночь; двоичник; тьма; страх; туча; ужасно; когда все плохо, неизвестность; тьма; ужасно, плохо; чернота в глазах; «когда страшно»; нехорошо; темный, бледный; кошмар; глухота; скучно, скука; недостижимо; когда что-то непонятно; незнание; плохое чувство; тупость, что-то глупое; тёмное дело; очень плохое состояние дел; пустота, неясность в чем-либо; темнота в знаниях или глупое высказывание; в омуте с головой; жуть; фигня; хуже некуда; тёмный человек; полный конец; когда просвета не видно; невезение.

Мулька – помада; ложь; «палёнка», косяк, штучка, что-то прикольное; записка; немножко; шлюха; обман, фальшивка; ерунда.

Мясо – фанаты Спартака.

Не парься! – забудь, расслабься.

Ништяк – класс; круто; зашибись; отпад; супер; клёво; здорово; прикольно; отлично; офигенно; так, как нужно; хорошо; нормально; очень хорошо; обалдеть; офигенно; о'кей; тупой; «когда с кем-то или с чем-то согласен», приятно; когда все в полном порядке, даже лучше; полное согласие; потребность удовлетворена; когда что-то нравится; ничего, так себе; супер; ни то, ни сё; «Вот это да!».

Облом – не получилось; невезуха; «когда все, что планировал, рушится»; «надо бежать»; «обломаться», неудача; не повезло; намеченные планы срываются; провал; палево; «Менты накрыли», неудача; пролёт; что-то не удалось; «что-то не разрешили»; «когда деньги кончаются»; не обвали-

лось; разочарование, обида; провал всего мероприятия, очень грустно; что-то не срослось; не весело; потребность не удовлетворена; полное кидалово; нехорошо.

Отстой – то, что не нравится, очень плохое.

Оттянуться – классно провести время, по полной программе отдохнуть.

Офигеть – не понятно; обалдеть; неожиданность; «когда не понятна ситуация»; «так говорят, когда человек наглеет»; «когда удивляешься»; невероятно; зашибись; классно; «когда человеку что-то нравится»; обалдеть; удивиться; кайф; ништяк; хорошо; что-то невообразимое; обалдеть; «Не может быть!»; случилось что-то хорошее; «фигу съест»; быть в недоумении, оборзеть; «сойти с ума»; одуреть; «Круто!»; недовольство; нехорошо; состояние недоумения; получить массу удовольствий; неожиданная новость; быть в восторге от чего-то; очуметь.

Палево – застукали; плохая ситуация; «когда ты что-то делаешь и идут», кто-то узнает; засветиться; скрываемые от родителей секреты или алкоголь; следы преступления; опасно; возможность быть замеченным; когда тебя в чем-то засекли; могут легко заподозрить; вещь, на которой можно попасться; «видно» или что-то скрываемое раскрылось; потребность не удовлетворена; «Спалили»; риск; «Кто-то идет, заканчивай!» = шухер; если кто-то боится, что его застукают за чем-то; что-то за это будет; ожидаемая опасность, неправильно; подделка; «учитель идет»; «беги быстрее»; «паленая водка»; могут увидеть; попасться не в то время, не в тот момент.

Параша – плохая вещь, то, что не нравится.

Пересечься – встретиться, повидаться.

Перетирать – обсуждать.

Плющит – плохое состояние человека; похмелье, странное состояние, головная боль, непонимание.

По барабану – безразлично; всё равно.

По фигу – все равно.

Позитивно – неважно; благоприятно; ни туда, ни сюда; не прёт; хорошо; ни то, ни сё; в порядке; хорошее отношение; относительно; замечательно; однообразно; возмущение; некрасиво; что-то умное; положительно; хороший настрой; действительно; со знаком «плюс»; у всех хорошее настроение и готовы на всё; благополучно; всё получилось; ничего.

Положить на всё – забить, не обращать внимание.

По-любому – в любом случае.

Попадалово – в неприятной ситуации; попал в плохую ситуацию; опасное мероприятие, ловушка; «встрялово»; в чем-то прогореть; можно попасться на чем-либо; «Вечно попадает в переделки»; неприятность; «Вот я попал(а)!»; ненадежность; наказание; большая неудача; всегда в центре; неприятная история; кого-то запалили; невезение.

Попутать – обмануть, перепутать, не понять.

Порожняк – пустой, нет денег.

Прёт – везёт; идёт что-то кому-то; идёт валом; «обкурился и улетаешь»; что-то хорошее; кроет; недержание; подходит что-то; «вставляет»; офигеть, очуметь; колбасит, лезет; кайф; наехал; воняет; «словесный понос»; «идет как по маслу»; «прёт дурь», пахнет; бежит и толкается; «когда не терпится, но хочешь сказать или сделать»; «куда ты идешь?»; «Ты чего прешься?»; вдохновение; расслабляет; испытывает удовлетворение; рвёт башню; дурное состояние; когда кто-то беспричинно долго смеётся; срывает крышу; охота куда-то; когда всё идеально; получается; получаешь удовольствие.

Прикольно – весело; круто; необычно; интересно; вещь или шутка, над которой можно посмеяться; всё отлично, нравится; смешно, забавно; хорошо, замечательно; супер; интересно; все прекрасно; когда прикальваются, «прикол»; круто; модно; весело; что-то новое; классно; здорово; необычно; классная вещь; интересно; забавно, осуществимо.

Респект – Hi!, Hello!; всё в порядке, одобрение; уважение; привет; расточительность; тема; отлично, уважение, почтение; «здравствуй» (приветствие); успех.

Салага – маленький, молодой, новичок.

Стремно – неудобство в чем-либо; не очень; необычно; странно; стеснительность; необыкновенно; «чувствуешь себя не в своей тарелке»; плохо; неловко, тупо, лево; «не по себе»; отстой; что-то смущает; непривычно; некрасиво; левое чувство; комплекс; круто; «выходишь на улицу в этой одежде»; «когда ты видишь или слышишь в первый раз»; ощущение стыда; неудачно, неадекватно; позор; глупо; не в лучшем виде; не по нраву; не так, не очень; уродство; необычно, ужасно, удивительно; непонятно; некрасиво.

Тачка – машина.

Телега – докладная.

Тёлка – (красивая) девушка; любое лицо женского пола (желательно молодое); женщина; баба; девушка лёгкого поведения; девчонка (классная или не очень); проститутка; шлюха; красивая женщина; «так говорят обычно, когда видят крутую красивую девушку»; женщина с хорошей внешностью; бикса (прикольная девка); девушка с хорошей фигурой и кожей; чувиха; размалеванная девушка; корова; шалава; вульгарная девка; «это женский род».

Телятина – девушка.

Тереться – находиться где-либо, ходить без дела.

Трепло – болтун.

Ушлёпок – неконкретный человек.

Фигово – плохо.

Фишка – «Крутая ...»; удачная шутка; изюминка; что-то любимое группой или человеком; интересная деталь; идея; в казино – деньги в виде фишек; новая вещь; что-то в человеке, выделяющее его; классно; тема; ко-

ронный номер, слово; выкинул какой-то номер; штучка; особенность; что-то особое, что может удивить, «Офигеть какая фишка!», приколы; что-то, что особенно прикольно; клёво; хорошая тема; трюк.

Фуфло – что-то не очень хорошего качества.

Хана – пришел конец.

Хата – комната, квартира.

Хренотень – какая-то непонятная штука.

Чайник – новичок в каком-то деле.

Чел – человек.

Чмо – отщепенец, изгой.

Чувак – (молодой) человек; (классный) парень; пацан; мужик; все люди молодого сообщества; незнакомый человек; братан; приятель, друг, (прикольный, классный, клёвый, модный; хороший) человек; мудозвон; лох, чмо; человек; «прикольный чувак»; «прикольный чел»; крутой; мой друг; хороший человек.

Чурка – кавказская национальность.

Шайба – голова, лицо.

Шнурки в стакане – родители дома.

Шнырь – шестерка.

Шняга – дело, лжец; тупо; идея; дурак, плохая вещь; говно; фигня; отстой; некачественный продукт; бессмыслица; глупость, плохо; «каряга»; гадость; ерунда, не интересно, штучка; что-то противное и непонятное; туфта; неудовлетворение потребности; отвратительно; дерьмо; невкусная пища; чепуха, не стоит внимания; мерзость; некрасивая девушка.

Шухер – «Убегаем!»; возглас предупреждения об опасности; кто-то испортит дело; облава; палево; то же, что и «атас»; «Попали!»; «Внимание!»; «Менты идут!»; «Разбегайся!», переполох; палево; «беги!»; «Осторожно!»; «учитель идет!»; «Когда забрался на гаражи, а идет хозяин гаража, говоришь «Шухер»; «чтобы не увидели, но когда увидели, говоришь шухер»; беспорядок; «спалили»; что-то идет не по плану.

Словарь жаргона наркомана

Абстиненция, кумары – тягостные психические и телесные переживания наркомана при отсутствии привычного наркотика, «ломка».

Анаша – листья, стебли конопли.

Ангидридовка, кислый – (или просто «ангидрид») – опийный суррогат.

Балдеж, таска, тяга, кайф, волокуша – эйфория.

Балдеть – испытывать «кайф», состояние эйфории.

Банка, салют, белое – солутан, эфедриносодержащее лекарство, из которого на дому получают опаснейшие наркотики.

Барбитура – снотворные фармакологической группы барбитуратов.

Барыга – продавец наркотиков.

Баш – часть гашиша (от 1 до 4 грамм).

Баян, машина, телега, боинг – медицинский шприц.

Беляшка, малышка, стекло – ампула с наркотиком.

Беспонтовка – вещества, не содержащие наркотиков.

Бешеные; атом – этаминал натрия.

Бодяжить – смешивать анашу с табаком, когда ее мало.

Бомбить холодильник – поедать все съестные припасы в нем при сильном чувстве голода, возникающем в конце гашишного опьянения.

Бошки – сухие маковые головки.

Бинт – медицинский бинт или иная ткань, пропитанная соком зеленых коробочек мака.

Болтуха – смесь раствора эфедрина с другими веществами для внутривенного вливания.

Бросить кони (крякнуть, кинуться) с передозняка – умереть от передозировки наркотика.

Бухало, бухалово, бухаловка – спиртное.

Быть в пополаме; переломанным – испытывать сильную абстиненцию.

Варщик – специалист по изготовлению растворов для укола.

Весло – столовая ложка.

Взорвать – начать курение «косяка».

Винт – (первитин) амфетамин несравненно более сильного воздействия, чем эфедрон.

Вмазаться – сделать первую на протяжении суток инъекцию наркотика.

Вторяк, старик – соломка мака, используемая для получения опиясырца повторно.

Вторячки подгонять – сидеть в помещении, где накурено анашой.

Выборка, наборняк – большая игла для набирания жидкости в шприц.

Газ – нейлоновая ткань, применяемая для приготовления «пыли» просеиванием.

Гаджа, план, драп, дурь – гашиш.

Галлюники – некоторые лекарственные препараты, галлюциногены.

Галлюцинация – мнимое восприятие несуществующих объектов (звуков, предметов и т.д.).

Галлюциногены – вещества, могущие вызвать психоз, в частности, галлюцинации.

Гараж – футляр для иглы.

Гарик, гера, гераша – героин.

Гашиш – наркотик, получаемый из различных сортов конопли, смолистое вещество, содержащее каннабиолы.

Глюки – галлюцинации или онейроидные переживания, вызванные ингалянтами или циклодолом: «поймать глюки» – вызвать их с помощью этих средств.

Голяк – наркоман, не имеющий наркотика.

Гонец – член группы наркоманов, занимающийся переноской и перевозкой наркотиков.

Гореть – чувствовать себя крайне скверно, если колешься, а наркотика нет.

Горючее – ацетон и некоторые другие растворители, применяемые для приготовления «химии» (опия-сырца).

Грев, подогрев – передача наркотика наркоману, нуждающемуся в нем.

Дважды-два четыре – статья УК РФ №224 об ответственности за хранение, распространение, продажу наркотиков.

Двигаться, двинуться, присадить, убиться, шваркнуться – пребывать в состоянии наркотического опиятного опьянения.

Дед – лидер подростковой группы, обычно старший по возрасту.

Декорация – мак декоративный, не содержащий алкалоидов морфия.

Демид Иванович, дема, дима – димедрол.

Дербан – маковое или конопляное поле.

Держать на поводке – удерживать члена группы наркоманов в рабской зависимости за денежные долги.

Децл – десятая часть миллилитра.

Джеф, эфка – эфедрин.

Диллер – продавец наркотиков.

Добить (пятку) – докурить (окурить).

Догоняться, догонять – делать повторно в течение дня инъекции наркотика; принимать вслед за «основным» наркотиком другой препарат для усиления и продления эффекта наркотического опьянения.

Долг – объявленная лидером группы наркоманов сумма денег (обычно значительная и сильно преувеличенная), которую ему «должен» каждый член группы.

Дорога, строчка – ряд ранок от инъекции по ходу подкожной вены (следы от введения наркотика).

Дунуть – выкурить сигарету, папиросу с анашой.

Дыра – источник получения наркотика.

Жаркое – масло, экстрагировавшее опиаты после прожаривания в нем маковой соломки.

Жопки – нижняя часть головки мака.

Забить (косяк) – приготовить папиросу с гашишем.

Заглотить язык (на приходе) – потерять сознание после внутривенного введения наркотика (осложнение, связанное с попаданием посторонних примесей в раствор самодельного наркотика или с передозировкой).

Закинуть на кишку, закинуться – принять наркотик («колеса», например) путем поедания.

Заморот – процесс приготовления наркотика.

Заморочиться – приготовить наркотик.

Золотая вмазка – самоубийство либо убийство посредством введения заведомо смертельной дозы.

Казнить – повторно промахиваться, не попадать в вену при попытках сделать внутривенную инъекцию.

Капиллярка – тонкая игла для медицинских инъекций.

Кайфоломщик – тот, кто мешает «ловить кайф».

Каннабиолы – наркотические вещества, содержащиеся в гашише и вызывающие его наркотическое действие.

Карамель – концентрированный «кукнар», то есть отвар сухих корочек (соломки) мака.

Катаное стекло – «беспонтовые» ампулы, на которые для продажи нанесено название «морфин» или др.

Катать колеса – принимать психотропные медицинские препараты в виде таблеток.

Кашка, кузьмич, сюзьма – масло, экстрагировавшее наркотик после прожаривания в нем конопли.

Кейф – кайф.

Кидняк, швыряло, труханина – осложнение от введения нестерильного раствора наркотика (повышенная температура, боли в суставах, обморок).

Кинуло – вызвало «кидняк».

Кислота – синтетическое вещество, по своему действию схожее с ЛСД, относящееся к галлюциногенам.

Кода – кодеин.

Козюлька (козявка) – смола, скапливающаяся на бумаге (мастырке), которую соскабливают и поджигают с целью получения дыма.

Кока – кокаин.

Коктейль Джеф – эфедрон.

Колеса, сидней, атом, цикла – таблетки, содержащие психоактивные вещества.

Колики – покалывание в кончиках пальцев, в области носа, после введения наркотика.

Колючка, струна – игла для шприца.

Контроль – кровь, набираемая в шприц перед уколом, для проверки попадания в вену.

Корабль, пакет – порция наркотического вещества, отмеренная спичечным коробком (около 20 г – 4 «косяка»).

Косяк – папироса с гашишем.

Коцать – собирать маковое молочко.

Крапаль, маяк – часть гашиша.

Кролик – самый зависимый от всех членов группы наркоман, которого за «долги» используют для испытания действия самодельных препаратов.

Крутая тема – трава с повышенным содержанием каннабиолов.

Куб – миллилитр.

Кукиш – мак.

Кукнар, кукнарь, кокнар, компот – отвар сухих коробочек (соломки) мака.

Кумарец – курение слабых наркотиков.

Ловить кайф – испытывать эйфорию.

Ломка, найка – абстиненция при опиатной наркомании.

Люся – ЛСД.

Лютики, шала – соцветие конопли.

Марафет – ампулированный морфий.

Марафетчик – морфинист; наркоман, употребляющий морфий.

Марик, анаша, конопля, шаманка, травка, план, махорка, ганджубас, литература, книжки – марихуана, конопля, каннабис.

Мария, марьянка – опий.

Марочка – ткань (для фильтрования раствора наркотика).

Марцефаль, мультка, мурцовка – наркотик, получаемый специальной обработкой химических препаратов типа солутан, эфедрон.

Марфа – морфий.

Мастырка – гильза от папиросы или скрученная бумага (вплоть до дензнаков), вставленная в сигарету, с целью, чтобы лучше пробирало и чтобы скапливалась смола.

Мацанка, пластилин, ручник – пыльца конопли, налипшая на потное тело.

Медицина – эфедрин в порошке.

Метла – вата, служащая фильтром при наполнении шприца раствором наркотика.

Метро – вена под мышкой. Используется тем, у кого руки должны быть «чистыми».

Молоко бешеной коровы – конопля, сваренная на молоке.

Молочко – сок зеленых головок мака, опиум.

Мультики – галлюцинации в виде подвижных маленьких человечков и зверушек, напоминающие мультипликационные фильмы. Возникают при действии ингалянтов.

Мутить (замутить, намутить) – изготавливать наркотические препараты.

Наркотик – вещество, вызывающее опьянение (эйфорию), привыкание и болезненное к нему пристрастие, официально признанное наркотиком.

Нарколоик – токсикоман, употребляющий любые эйфоризирующие препараты (наркотики, лекарства, алкоголь).

Наркомания – заболевание, развивающееся при употреблении наркотика, заключающееся в болезненном к нему пристрастии.

Не торкает, не цепляет – употребление наркотика не принесло ожидаемого «кайфа».

Нифиля – посторонние примеси (мусор) в растворе наркотика.

Нокс – ноксирон.

Облом – неудача, отсутствие наркотика.

Обломать – не дать, не поделиться наркотиком.

Омолодиться – добиться снижения дозы наркотика, достаточной для получения эйфории, путем временного отказа от его приема (часто в условиях стационара).

Опиаты – наркотические вещества, получаемые из сока головок зеленого мака и из соломки мака (морфий, омнопон, кодеин, героин и др.), а также синтетические препараты, обладающие подобным действием (промедол, фентанил и др.).

Опий, опиум, опиуха – сок зеленых головок мака.

Отврат – необычная тяжелая реакция на привычную дозу наркотика в виде дурноты, рвоты, обморока.

Отруб – опьянение с последующей полной амнезией.

Палка – упаковка таблеток с наркотическим действием.

Париться – вдыхать пары ингалянтов.

Партизанская тропа – вена на обратной стороне предплечья.

Перебивать – отсеивать пыльцу конопли («пыль») через «газ».

Персоналка – сигарета с анашой, выкуренная одним человеком.

План легкий – гашиш из конопли, произрастающей на Украине, вызывает относительно легкое опьянение.

План тяжелый – гашиш из конопли, произрастающей в Ср. Азии, на Кавказе, вызывает тяжелое опьянение, нередко с галлюцинациями.

Поганки или погань кислотная – грибы-поганки небольших размеров (4-8 см) на тонкой длинной ножке и с небольшой конической формы шляпкой бледно-серого цвета. Произрастает на полянах, урожай собирается осенью, употребляется вовнутрь. Относится к галлюциногенам, так как содержит в себе галлюциногенный препарат растительного происхождения.

Подогреть – принять большую дозу наркотика, чтобы прекратить ломку; угостить наркотиком наркомана.

Подсаживать – угощать наркотиком человека, тем самым делая его наркоманом, считается за грех даже среди наркоманов.

Подсесть на умняк – вызываемая травой или раствором эфедрона тяга к философским беседам.

Подсесть на измену – вызываемое травой состояние беспричинной тревоги.

Понимать – умение уловить и с наиболее приятными ощущениями пережить наркотическое опьянение.

Поставить паровоз (парик) – пустить струю дыма в рот партнеру, что, якобы, доставляет большой «кайф».

Почесуха, чухмарики, чухаться – зуд кожи, развивающийся вскоре после введения опиата (перед приходом).

Присесть на иглу, сесть на иглу – пристраститься к внутривенным вливаниям.

Приход – начальная фаза действия опиатов – состояние «замирания» с ощущением распирающего от радости.

Приход жесткий – отчетливое ощущение «прихода», обычно после некоторого периода воздержания от приема наркотика.

ПСП – продукт домашней переработки полиэтиленовых пакетов, обладающий сильнейшим психоделическим воздействием. Употребляется как заменитель ЛСД.

Пупырик, фанфурик, фанфурь, фурик, самовар – пробирка, пузырек, используемый для раствора наркотика.

Пыль – пыльца конопли, полученная из сухих соцветий.

Пыхнуть – закурить наркотический препарат.

Пятка – окурок (папиросы с наркотиком).

Радик – радедорм.

Ракета – сигарета, не до конца забитая анашой и закрученная сверху.

Раскумариться – снять абстиненцию, приняв привычный наркотик.

Свинтили – арестовали.

Сезон – время сбора сока зеленых головок мака (макового молочка).

Сезон, дербан – сухое маковое «молочко» или бинты, пропитанные соком зеленых головок мака.

Сенцо – маковая соломка.

Сесть на систему – переход к систематическому употреблению наркотиков.

Сесть на хвост, упасть на хвост – выпросить наркотик у другого наркомана.

Сидеть в системе – систематически применять наркотик.

Слезать на сухую – бросить не постепенным уменьшением дозы, резко, обрекая себя на тяжелейшие ломки.

Сломать кайф – надоедать и приставать к наркоману в момент наркотического опьянения, мешая ему насладиться.

Смех, смешной табак – гашиш, «план легкий».

Солома, шляпа, сено, мацье – стебли и головки мака.

Сонники, транки – снотворные препараты, транквилизаторы.

Спаленные трубы – зарубцевавшиеся после воспаления вены.

Спрыгнуть с иглы – самостоятельное прекращение инъекций наркотиков.

Стакан, кружка – отмеренная стаканом стандартная доза наркотика (около 250 г).

Стриптиз – визуализация сексуальных фантазий при действии ингалянтов.

Ступеньки – способ смягчить «ломки», используя маковую солому вместо жевательной резинки.

Тащиться, тащит – испытывать «тягу», «таску», смеяться.

Терпикондрат – от названия лекарственного препарата терпигидрат (таблетки от кашля, содержащие кодеин).

Терьак – морфий.

Тихушник – работник милиции в штатском.

Токсикомания – болезненное пристрастие к веществу, не признанному официально наркотиком.

Токсический – ядовитый.

Токсическое эйфоризирующее вещество – вещество, подобное наркотику, способное вызвать эйфорию.

Торчать – испытывать «кайф».

Торчок – наркоман.

Тришер, муха – смесь алкоголя с раствором дихлофоса (хлорофоса) из бытового распылителя для уничтожения насекомых.

Трубы – вены.

Тряхануло – острая интоксикация вследствие укола загрязненным раствором.

Тусовка – сборище компании подростков с поверхностным общением, во время которого могут совместно использоваться наркотики и другие токсические вещества.

Тэфа – теофедрин.

Уксус – алкоголик.

Упыханный, удалбанный, вставленный – наркоман под дозой.

Учитель – опытный наркоман, обучающий приготовлению самодельных препаратов и пользованию ими.

Фен – токсическое эйфоризирующее вещество, полученное из эфедрина.

Фена – фенамин, фенадон.

Флет – квартира, где подростки могут собираться в отсутствие взрослых.

Ханка, черняшка – сок зеленых коробочек мака, маковое «молочко», содержащее смесь опиатов.

Химия, химка – опий-сырец, экстрагированный особым способом из маковой соломки.

Хата – квартира или помещение для выпивок, злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами, а также для сексуальных контактов.

Цапка – кисть руки.

Центряк – вена на локтевом сгибе.

Чек – единица дозы наркотика (обычно опий), используемая наркоманами при купле-продаже наркотика.

Черное, Блэк Саббат – морфийсодержащий раствор, продукт кустарной переработки опийного мака, слабый аналог героина.

Читок – часть «ханки» весом около 4 г.

Чифир – крепкий настой или отвар чая (содержит кофеин).

Шахта, дупло, дырка – незаживающая ранка в месте постоянных внутривенных инъекций наркотика.

Шестерка – член группы, всем подчиненный и перед всеми заискивающий (от младшей карты в колоде).

Ширка, ширево – препараты, употребляемые наркоманами и токсикоманами путем инъекций.

Ширка большая – препарат для инъекций, составленный из нескольких наркотических, токсических (лекарственных и др.) эйфоризирующих препаратов или включающий, кроме того, иные вещества.

Ширка малая – простой препарат для инъекций, содержащий одно наркотическое или токсическое эйфоризирующее вещество.

Ширнуться, ширяться – процесс введения наркотика.

Шишки – конопля высшего сорта, собирают только верхнюю часть растения, в которой находятся зерна.

Шмаль – препараты наркотика (чаще гашиша), употребляемые для курения.

Шмыгаться – вводить что-либо внутривенно.

Штакет – основа «косяка» – пустая «Беломорина».

Шустрила – член группы наркоманов, активный по добыче наркотиков.

Эйфория – состояние, переживаемое наркоманом во время наркотического опьянения (ощущение удовольствия, наслаждения, приподнятого настроения, покоя, блаженства).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Наркомания как комплексная проблема.....	4
§ 1. Введение в понятие «наркомания»	4
§ 2. Наркомания в контексте социальных и экономических процессов	13
§ 3. СПИД как одно из сопутствующих наркомании заболеваний.....	23
§ 4. Факторы и предпосылки наркотизации.....	40
Глава 2. Профилактика наркомании	57
§ 1. Понятие профилактики.	57
§ 2. Краткий аналитический обзор наиболее известных в России программ профилактики наркомании.	68
§ 3. Несостоятельность принципа формирования здорового образа жизни в профилактике наркомании.....	75
§ 4. Концепция снижения вреда в профилактике наркомании	81
§ 5. Критерии оценки эффективности профилактических программ	89
§ 6. Профилактика наркомании в семье	92
Глава 3. Динамика болезни и характеристики наркотического опьянения разными видами наркотических веществ. .	105
§ 1. Употребление опиоя.....	105
§ 2. Употребление каннабиноидов.....	114
§ 3. Употребление кокаина	119
§ 4. Употребление ЛСД и родственных ему галлюциногенов ..	125
§ 5. Употребление ингалянтов	129
§ 6. Употребление растворителей	132
Приложение А. Признаки и симптомы возможного употребления наркотиков подростком	135
Приложение Б. Справочник наркотических средств.....	137
Приложение В. Краткий конспект лекций для разных целе- вых аудиторий (родители, учителя, дети, студенты).	139
Приложение Г. Структурированное интервью на предмет выявления риска наркотической зависимости.....	150
Приложение Д. Словарь подросткового сленга.....	155
Приложение Е. Словарь жаргона наркомана	161

Учебное издание

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ

Учебное пособие

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка, макет В.И. Никонов

Подписано в печать 22.05.06

Гарнитура Times New Roman. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.
Усл.-печ. л. 10,75. Уч.-изд. л. 7,65. Тираж 200 экз. Заказ № 486
Издательство «Универс-групп», 443011, Самара, ул. Академика Павлова, 1

Отпечатано ООО «Универс-групп»

Для заметок

Для заметок